

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Päivi Hokkanen
Hanna Paasonen

PERUSTERVEYDENHUOLLON HAASTEET JOENSUUN HAJA-
ASUTUSALUEELLA
Mallina sairaanhoitajan liikkuva vastaanottopalvelu

Opinnäytetyö
Toukokuu 2013



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80220 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Päivi Hokkanen, Hanna Paasonen

Nimeke
Perusterveydenhuollon haasteet Joensuun haja-asutusalueella
Mallina sairaanhoitajan liikkuva vastaanottopalvelu
Toimeksiantaja
Joensuun seudun LEADER-yhdistys

Tiivistelmä

Terveyspalveluiden järjestäminen haja-asutusalueella on haastavaa, sillä resurssit ovat niukat ja välimatkat pitkiä. Haja-asutusalueilla terveyspalveluiden kysyntä on kuitenkin suurta, sillä kasvava vanhusväestö tarvitsee runsaasti terveyspalveluita. Joillakin alueilla terveyspalveluita on järjestetty liikkuvien terveyspalveluiden avulla, sillä ne soveltuvat alueille, joilla välimatkat ovat pitkät ja vanhusväestöä on runsaasti.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajan vastaanottopalveluiden nykytilaa Joensuun haja-asutusalueella ja selvittää, soveltuisivatko liikkuvat terveyspalvelut täydentämään haja-asutusalueen terveyspalveluita. Opinnäytetyössä luotiin kartoitusten pohjalta malli sairaanhoitajan liikkuvasta vastaanottopalvelusta. Joensuun haja-asutusalueet käsittivät Enon, Uimaharjun, Pyhäselän, Kiihtelysvaaran ja Tuupovaaran kaupunginosat. Työn toimeksiantajana oli Joensuun seudun LEADER-yhdistys.

Aineisto kerättiin haja-asutusalueen sairaanhoitajien haastatteluiden sekä aiempien kirjallisten selvitysten perusteella. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena ja haastatteluissa käytettiin kartoittavaa teemahaastattelua. Tulosten perusteella Joensuun haja-asutusalueen haasteita olivat väestön alhainen koulutustaso, ikääntyminen sekä alkoholi- ja mielenterveysongelmien lisääntyminen. Kartoitusten perusteella kehitetty malli sairaanhoitajan liikkuvasta vastaanottopalvelusta perustuu terveyden edistämisen näkökulmaan. Mallia voidaan hyödyntää haja-asutusalueiden terveyspalveluiden kehittämishankkeissa. Alueellisen pilottihankkeen avulla voidaan selvittää, onko liikkuvalla sairaanhoitajan vastaanottopalvelulle tarvetta.

Kieli

suomi

Sivuja 65
Liitteet 5
Liitteiden sivumäärä 6

Asiasanat:
perusterveydenhuolto, sairaanhoitajan vastaanotto, terveyspalvelut, haja-asutusalue, liikkuvat terveyspalvelut



THESIS
May 2013
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FIN 80220 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors
Päivi Hokkanen
Hanna Paasonen

Title
Challenges of Public Health Care in Sparsely Populated Areas Surrounding Joensuu
A Model: A Nurse's Appointment Services at a Mobile Clinic

Commissioned by
Joensuu Region LEADER Association

Abstract

Organizing health care services in sparsely populated areas is challenging, because the resources are limited, geographical distances are long and an increasing number of elderly people need a lot of health services. In some regions mobile clinics have been introduced to complement healthcare services. These mobile clinics are suitable for remote areas with a high elderly population.

The purpose of this thesis was to explore the current situation of the nurse's appointments services in sparsely populated areas surrounding Joensuu, and to find out if a mobile nurse's clinic would be suitable for complementing the existing health care services in these areas. In this thesis, a model for a mobile nurse's clinic was created based on a survey. The areas included in the survey were Eno, Uimaharju, Pyhäselkä, Kiihtelysvaara and Tuupovaara. This thesis was commissioned by Joensuu Region LEADER Association.

Information was gathered through literature review and thematic interviews among nurses working in sparsely populated areas surrounding Joensuu. According to the results, the challenges in sparsely populated areas were aging, low educational level of the population, and increase in the incidence of alcohol and mental health related problems. Based on the perspective of health promotion, a model of a mobile clinic was created. This model can be utilized in health care development projects in sparsely populated areas. A regional pilot study using this model could help to find out, if there is a need for a mobile nurse's clinic in sparsely populated areas.

Language

Finnish

Pages 65

Appendices 5

Pages of Appendices 6

Keywords

primary health care, nurse's appointment services, health care services, sparsely populated area, mobile health care services

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Perusterveydenhuolto Suomessa	7
2.1	Perusterveydenhuoltoon liittyvä lainsäädäntö	7
2.2	Perusterveydenhuollon organisointi	8
2.3	Perusterveydenhuollon palvelut	9
2.4	Perusterveydenhuollon rahoitus ja kustannukset	10
2.5	Perusterveydenhuollon kehittämishankkeet	12
3	Sairaanhoitajat perusterveydenhuollossa	15
3.1	Sairaanhoitajat hoitotyön asiantuntijoina	15
3.2	Vastaanottavan sairaanhoitajan työnkuva	17
4	Haja-asutusalueiden perusterveydenhuolto Suomessa	20
4.1	Haja-asutusalueet	20
4.2	Terveyspalveluiden saatavuus haja-asutusalueella	21
4.3	Liikkuvat palvelut haja-asutusalueen perusterveydenhuollossa	22
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	24
6	Opinnäytetyön toteutus	24
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	24
6.2	Kartoittava teemahaastattelu	25
6.3	Lähtötilanteen kartoitus ja toimintaympäristö	27
6.4	Toiminnan eteneminen ja työskentelyn kuvaus	28
6.5	Toiminnan analyysi	30
7	Tulokset	30
7.1	Joensuun haja-asutusalueen väestörakenne ja erityispiirteet	30
7.2	Joensuun haja-asutusalueen terveydenhuollon palvelut	34
7.3	Sairaanhoitajien haastattelut	35
7.4	Terveyspalveluiden kehittäminen Joensuussa	41
7.5	Malli sairaanhoitajan liikkuvasta vastaanottopalvelusta	44
8	Pohdinta	47
8.1	Joensuun haja-asutusalueen perusterveydenhuollon haasteet	47
8.2	Terveyspalveluiden kehittäminen haja-asutusalueella	49
8.3	Sairaanhoitajan roolista haja-asutusalueilla	51
8.4	Sairaanhoitajan liikkuva vastaanottopalvelu terveydenhuollon täydentävänä palveluna	52
8.5	Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu	54
8.6	Opinnäytetyön luotettavuus	55
8.7	Opinnäytetyön eettisyys	57
8.8	Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu	58
8.9	Jatkotutkimus- ja kehittämisideat	58
	Lähteet	60

Liitteet:

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Tutkimuslupa
Liite 3	Teemahaastattelurunko sairaanhoitajille
Liite 4	Opinnäytetyöprosessin aikataulu
Liite 5	Sairaanhoitajan liikkuvan palveluyksikön pohjapiirustus

1 Johdanto

Useat maa- ja syrjäseutujen kunnat joutuvat pohtimaan, miten ja millaisia terveyspalveluita haja-asutusalueilla voidaan tulevaisuudessa tuottaa mahdollisimman kattavasti, laadukkaasti ja kustannustehokkaasti (Ilmarinen 2009; Kymijoen kaupunki 2011; Matthies, Kattilakoski & Rantamäki 2011, 17). Terveyspalveluiden saatavuus on haja-asutusalueella heikompaa kuin kasvukeskuksissa, ja haja-asutusalueella asuvien on usein matkustettava pitkiä matkoja palveluiden luokse (Kokko, Peltonen & Honkanen 2009, 56–57; Matthies ym. 2011, 17). Harvaan asutuilla alueilla ihmiset kokevat terveydentilansa huonommaksi kuin kasvukeskuksissa. Tämä saattaa liittyä osittain terveyspalveluiden heikkoon saatavuuteen. (Ilmarinen 2009.) Kuitenkin terveyserojen on todettu johtuvan ennen kaikkea sosioekonomisista tekijöistä (Euroopan komissio 2011, 8; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Työterveyslaitos 2011).

Terveyspalveluiden järjestäminen haja-asutusalueella on haastavaa, sillä resurssit ovat niukat; lääkäreistä on pulaa ja rahaa on vähän (Kokko ym. 2009, 13). Joillaakin alueilla on tarjolla liikkuvia terveyspalveluita tai -yksiköitä eli ”kierttäviä terveysbusseja” (Daiski 2005, 30; Ilmarinen 2009; Kokko ym. 2009, 57; Whelan, Chambers, Chan, Thomas, Ramos & Hwang 2010, 78; Kuhmon lääkäripalvelu 2011; Kymijoen kaupunki 2011; Liikkuva palveluyksikkö Mallu 2012; Tampereen kaupunki 2013). Liikkuvat terveyspalvelut soveltuvat erityisesti alueille, joilla välimatkat ovat pitkät, vanhusväestöä on runsaasti ja asutus on hajallaan. Useimmissa kunnissa liikkuvat terveyspalvelut täydentävät muita terveydenhoidon palveluita. Esimerkiksi Kouvolassa kiertävästä ”terveysbussista” on tarjottu hoitotarvike- ja apuvälinejakelua sekä palvelun ohjausta ja neuvontaa (Kymijoen kaupunki 2011). Parikkalassa kiertävästä palveluyksiköstä saa lisäksi rokotuksia (Liikkuva palveluyksikkö Mallu 2012) ja Kanadassa kiertävästä palveluyksiköstä tarjotaan terveyspalveluita päihdeongelmaisille (Whelan ym. 2010, 78).

Tämän opinnäytetyön lähtökohta perustuu sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiaan, jonka yhtenä tavoitteena on vähentää eri väestöryhmien hyvinvointi- ja ter-

veyseroja. Aihe on ajankohtainen, sillä uusi kunta- ja palvelurakennemuutos tuo lisähaasteita terveyspalveluiden järjestämiseen entistä laajemmilla yhteistoiminta-alueilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a, 4–6; Matthies ym. 2011, 17). Terveyspalveluiden yhdenvertainen, laadukas ja kustannustehokas järjestäminen kuuluu myös sosiaali- ja terveysministeriön, Joensuun kaupungin ja Kareliahammattikorkeakoulun strategisiin painopistealueisiin (Joensuun kaupunki 2009, 4; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a, 4; 2012a; Vaske 2012; Kareliahammattikorkeakoulu 2013).

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on kehittää perusterveydenhuollon palveluita ja niiden saatavuutta Joensuun haja-asutusalueella. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajan vastaanottopalveluiden nykytilaa Joensuun haja-asutusalueella ja selvittää, soveltuuko sairaanhoitajan liikkuva vastaanottopalvelu täydentämään haja-asutusalueen terveyspalveluita. Opinnäytetyön tehtävänä oli luoda kartoitusten pohjalta malli liikkuvasta sairaanhoitajan vastaanottopalvelusta. Joensuun haja-asutusalueista tähän työhön valittiin Enon, Uimaharjun, Pyhäselän, Kiihtelysvaaran ja Tuupovaaran kaupunginosat. Aihe valittiin, sillä terveyspalveluiden kehittäminen ja terveyspalveluiden tasa-arvoinen saatavuus asuinpaikasta riippumatta on kysymyksenä ajankohtainen ja kiinnostava.

Työn toimeksiantajana oli Joensuun seudun LEADER-yhdistys (liite 1). Joensuun seudun LEADER-yhdistys on yleishyödyllinen yhdistys, joka toimii Joensuun maaseutualueilla sekä Kontiolahden, Polvijärven ja Liperin alueilla. Yhdistyksen tavoitteena on edistää maaseudun asukkaiden hyvinvointia kannustamalla asukkaita kehittämään asuinalueitaan, lisäämään asukasviihtyisyyttä sekä luomaan uusia työpaikkoja ja yrityksiä. Yhdistyksen tehtävänä on maaseudun kehittämishankkeiden tukeminen ja rahoittaminen sekä rahoitusesitysten tekeminen maaseudun yritystuista. (Joensuun seudun LEADER-yhdistys 2007; 2012.)

2 Perusterveydenhuolto Suomessa

2.1 Perusterveydenhuoltoon liittyvä lainsäädäntö

Suomen perustuslain (731/1999) mukaan julkisen vallan velvollisuus on edistää kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Lisäksi jokaisella Suomen kansalaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveystalviuihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a). Kansanterveyslaki (66/1972) ja Terveystenhuoltolaki (1326/2010) antavat raamit julkisen terveydenhuollon toteuttamiselle. Perusterveydenhuolto ja kansanterveystyö tarkoittavat lainsäädännössä samaa asiaa (Kansanterveyslaki 66/1972, 1.§).

Terveystenhuoltolain tarkoituksena on väestön terveyden, hyvinvoinnin, sosiaalisen turvallisuuden, työ- ja toimintakyvyn edistäminen ja ylläpitäminen, väestöryhmien terveyserojen kaventaminen sekä palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden toteuttaminen. Lisäksi lain tarkoituksena on terveydenhuollon asiakas-keskeisyyden ja perusterveydenhuollon toimintaedellytysten vahvistaminen. (Terveystenhuoltolaki 1326/2010, 2.§.) Kunnalla on oltava riittävät resurssit (henkilöstö, toimitilat, välineet) terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen yhdenvertaisesti kuntalaisille (Terveystenhuoltolaki 1326/2010, 4.§, 10.§). Terveystenhuoltohenkilökunnan henkilöstön määrän ja rakenteen on vastattava alueen terveydenhuoltopalveluiden tarvetta. Jokaisella kunnalla tulisi terveydenhuoltolain (1326/2010, 13.–22.§ ja 24.–29.§) mukaisten toimintojen toteuttamista varten olla terveyskeskus, mutta voidaan toimintoja tarpeen mukaan järjestää sivuvastaanotoilla tai liikkuvissa toimintayksiköissä (Kansanterveyslaki 66/1972, 15.§; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a, 12).

Terveystenhuoltolain (1326/2010) 34.§:n mukaan samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen perustuva terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Suunnitelmaan sisältyy sopimus kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, tavoitteista ja vastuutahoista sekä eri terveydenhuollon osa-

alueiden järjestämisestä. Terveysthuollon toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa valvoo ja johtaa vastaava lääkäri, jonka on oltava virkasuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään (Terveysthuoltolaki 1326/2010, 57.§).

2.2 Perusterveydenhuollon organisointi

Suomessa terveydenhuolto käsittää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuolto eli kansanterveystyö sisältää kuntien tuottamat ja järjestämät perusterveydenhuollon palvelut. Perusterveydenhuollon tavoitteena on edistää koko väestön terveyttä järjestämällä kaikille perusterveydenhuollon palveluita. Terveysten edistämällä tarkoitetaan toimintaa, jolla pyritään kaventamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja, ylläpitämään terveyttä ja toimintakykyä, vaikuttamaan terveyteen liittyviin taustatekijöihin sekä voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävästi. (Terveysthuoltolaki 1326/2010; 1.–3.§.) Perusterveydenhuollon palvelut tuotetaan suurimmaksi osaksi kuntien terveystkeskuksissa (Kansanterveystlaki 66/1972, 15.§). Erikoissairaanhoidossa hoidetaan ja tutkitaan erikoisalojen mukaisia sairauksia. Sairaanhoidopiirien hallinnoimat keskussairaalat tuottavat suurimman osan erikoissairaanhoidon palveluista. (Jylhäsaari 2009, 4–5, 18; Sosiaali- ja terveystministeriö 2012b.)

Sosiaali- ja terveystministeriö (STM) vastaa sosiaali- ja terveystpolitiikan toimeenpanosta, ohjauksesta, suunnittelusta ja valvonnasta (Kansanterveystlaki 66/1972, 2.§; Jylhäsaari 2009, 20–21; Sosiaali- ja terveystministeriö 2012b). Aluehallintovirastot (AVI), joita on Suomessa kuusi, valvovat ja ohjaavat sekä julkista että yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa toimialueellaan. Lisäksi ne myöntävät toimintaan tarvittavat luvat yksityisille sosiaali- ja terveystpalvelujen tuottajille. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2012b.) Aluehallintovirastot toimivat sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) sekä sosiaali- ja terveystministeriön alaisuudessa (Kansanterveystlaki 66/1972, 2.§.) Valviran tehtävänä on taas ohjata, valvoa ja hoitaa sosiaali- ja terveydenhuollon lupahallintoa (Sosiaali- ja terveystministeriö 2012b).

Terveyspalveluiden järjestämisvastuu on kunnilla (Kansanterveyslaki 66/1972, 5.§; Terveystoimilaki 1326/2010, 1.§; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b). Valtio tukee kuntia palvelujen järjestämisessä myöntämällä kunnille valtionosuutta, joka määräytyy muun muassa asukasluvun, asukkaiden ikäjakauman ja sairastavuuden sekä kunnan sijainnin perusteella (Laki kunnan peruspalveluiden valtionosuudesta 1704/2009). Kunnat voivat järjestää perusterveydenhuollon tuottamalla itse, ostamalla palvelut yksityisiltä palvelun tarjoajilta tai olemalla jäsen kansanterveystyön kuntayhtymässä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992 4.§; Jylhäsaari 2009, 17; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b). Kukin kunta saa itsenäisesti päättää tarjoamiensa palveluiden laajuudesta, sisällöstä ja järjestämistavasta (Kansanterveyslaki 66/ 1972, 1.§, 5.§; Terveystoimilaki 1326/2010, 10.§; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b). Tämän vuoksi eri kuntien järjestämissä palveluissa voi olla eroja (Jylhäsaari 2009, 2). Kunnissa, jotka järjestävät perusterveydenhuollon itse, terveystoimi on organisoitu omaksi tai sosiaalitoimeen yhdistetyksi toimialaksi. Kunnanvaltuusto, kunnanhallitus ja sosiaali- ja terveyslautakunta vaikuttavat kunnallisen terveystoimen toimintaan ja kehitykseen. Usein sosiaali- ja terveystoimi jakautuu vielä tehtäväkohtaisiin vastuualueisiin. (Jylhäsaari 2009, 20–21; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

2.3 Perusterveydenhuollon palvelut

Perusterveydenhuollon ennaltaehkäiseviä palveluita ovat yleiset terveystarkastukset, terveysneuvonta, seulonnat, neuvolatoiminta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, pitkäaikaissairauksien hoito sekä työterveyshuolto. Kuntalaisille järjestettävät sairaanhoitopalvelut käsittävät sairaanhoidon, sairaankuljetukset, kiireellisen avosairanhoidon, kotisairanhoidon ja terveyskeskuksen vuodeosastolla tapahtuvan sairaanhoidon ja kuntoutuksen. Lisäksi perusterveydenhuoltoon kuuluvat hammashuollon järjestäminen, avohoidon mielenterveyspalvelut sekä avohoidon päivystys. Perusterveydenhuoltoon kuuluu myös tehtäviä, jotka on määritelty tartuntatautilaissa ja päihdehuoltolaissa. (Terveystoimilaki 1326/ 2010, 3.§; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

Eräs merkittävimmistä perusterveydenhuollon palveluista on ikääntyvien terveydenhuollon järjestäminen, sillä ikääntyvät käyttävät runsaasti terveyspalveluita (Kokko ym. 2009, 14, 45; Vainiola & Vainikka 2011, 9-11), ja heidän määränsä arvioidaan voimakkaasti kasvavan lähitulevaisuudessa (Kaarna 2009, 5). Esimerkiksi vuoden 2010 aikana yli 75-vuotiaat käyttivät 75 prosenttia terveyskeskussairaaloiden hoitopaikoista (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2011, 3). Lisähaasteen tuo se, että ikääntyvillä on usein monia sairauksia ja ongelmia ja hoidon järjestäminen terveyskeskuksissa on melko pirstaleista (Kanste, Holappa, Miettinen, Rissanen & Törmänen 2010, 52–53). Ikääntyvien palveluissa painotetaan nykyisin entistä enemmän avohoitoa (Kokko ym. 2009, 14, 48). Ikääntyvien kotona selviytymistä tuetaan muuan muassa kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja kotihoidon tukitoimien avulla (Sosiaali- ja terveysministeri & Suomen kuntaliitto 2008, 17, 24, 27). Terveystenhuollossa tavoitteena on vähentää laitoshoidon tarvetta ja tukea ikääntyvien selviytymistä kotioloissa siten, että yli 75-vuotiaista laitoshoidossa olisi alle 3–4 prosenttia (Sosiaali- ja terveysministeri & Suomen kuntaliitto 2008, 30; Kokko ym. 2009, 46–47).

2.4 Perusterveydenhuollon rahoitus ja kustannukset

Terveystenhuolto on sekä valtakunnallisella että kunnallisella tasolla merkittävä menoerä, ja menot tulevat väestön ikääntyessä yhä kasvamaan (Okko, Björkroth, Koponen, Lehtonen ja Pelkonen 2007, 21; Kortelainen 2009, 27, 42). Eräs suomalaisen perusterveydenhuollon erityispiirteistä on se, että kunnilla on ollut merkittävästi päätäntävaltaa ja toimintavapautta terveystoimen organisoimisessa (Okko ym. 2007, 13; Jylhäsaari 2009, 2). Tosin lama, rakennemuutos ja laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta ovat asettaneet rajoituksia kuntien toimintavapaudelle (Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 169/ 2007; Jylhäsaari 2009, 2; Valtiovarainministeriö 2012). Valtion rahoitusosuus terveydenhuollon rahoituksesta kasvoi vuosina 2002–2010, ja kuntien osuus vähentyi (Pekurinen, Erhola, Häkkinen, Jonsson, Keskimäki, Kokko, Kärkkäinen, Widström & Vuorenkoski 2011, 20; Matveinen & Knape 2012, 7). Sen sijaan vuonna 2011 kuntien rahoitusosuus terveydenhuollosta kasvoi, ja valtion osuus väheni (Matveinen & Knape 2013, 7).

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan valtion ja kuntien verotuloilla, pakollisilla ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla (Okko ym. 2007, 18; Pekurinen ym. 2011, 14–15; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b). Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista vuonna 2011 oli 75,5 prosenttia ja yksityisen (kotitaloudet, yritykset) 24,7 prosenttia (Matveinen & Knape 2013, 7). Kotitalouksien osuus terveydenhuollon rahoituksesta on kasvanut vuodesta 2006 lähtien (Matveinen & Knape 2013, 7), ja kotitalouksien osuus terveydenhuollon rahoituksesta on Suomessa korkeampi kuin useimmissa EU-maissa (Okko ym. 2007, 25). Tämä johtuu pääasiassa lääkkeiden ja hammashuollon korkeista omavastuuosuuksista (Pekurinen ym. 2011, 16). Suomessa julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon rahoituksesta on enemmän kuin OECD-maissa keskimäärin (64 %), mutta vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa (81–85,6 %) (Matveinen & Knape 2013, 8).

Vuonna 2011 koko terveydenhuollon menoihin Suomessa käytettiin 17,1 miljardia euroa eli noin 3 165 euroa asukasta kohden (Matveinen & Knape 2013, 1, 8). Suomessa terveydenhuollon kustannuksiin käytetty prosenttiosuus bruttokansantuotteeseen suhteutettuna (9,0 %) oli vuonna 2010 alle OECD- (9,7 %) ja EU-maiden (10,4 %) keskitason (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011c; Matveinen & Knape 2013, 8). Vaikka julkisen rahoituksen osuus Suomessa on korkeampi kuin OECD-maissa keskimäärin, käytetään Suomessa terveydenhuoltoon kokonaisuudessaan vähemmän rahaa kuin useimmissa OECD-maissa. Terveydenhuollon vähäisistä kustannuksista huolimatta ovat sekä OECD että Valtiontilintarkastajat pitäneet Suomen terveydenhuoltoa käytettyyn rahamäärän nähden tehottomana ja epäoikeudenmukaisena. (OECD 2005; Rätty, Luoma, Aaltonen & Järviö 2005, 16–17, 23–24; Pekurinen ym. 2011, 33–34).

Vuonna 2011 perusterveydenhuollon palveluiden tuottamiseen käytettiin 3,7 miljardia euroa eli 18,6 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista. Perusterveydenhuollon kustannukset laskivat vuodesta 2008 vuoteen 2010 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b), mutta vuonna 2011 perusterveydenhuollon menot nousivat 7,3 prosenttia verrattuna edelliseen vuoteen. Perusterveydenhuollon menoista vuonna 2011 sairausvakuutuskorvaukset yksityiseen terveydenhoitoon

olivat 1,0 miljardia euroa (27 %), kun taas vanhusten laitoshuoltoon käytettiin 0,8 miljardia euroa (22 %), työterveyshuoltoon 0,7 miljardia euroa (19 %) ja muuhun perusterveydenhuoltoon (vastaanotot, neuvolat, terveyden edistäminen) 1,2 miljardia euroa (34 %). Sen sijaan erikoissairaanhoidon menot ovat kasvaneet joka vuosi vuodesta 2000 lähtien, ja vuonna 2011 erikoissairaanhoidon tuottamiseen käytettiin 6,0 miljardia euroa. (Matveinen & Knape 2012, 1–3; Matveinen & Knape 2013, 1–4).

Vuonna 2010 perusterveydenhuollon terveystieteiden avohoitokäyntien määrä oli 27 miljoonaa eli 5,1 käyntiä asukasta kohden. Terveystietokäyntien osalta muille ammattihenkilöille kuin lääkäreille kohdistuvien käyntien määrä on ollut kasvussa. Esimerkiksi vuosina 2000–2010 muiden terveystieteiden toimivien ammattihenkilöiden luona asiakaskäynnit kasvoivat noin neljällä miljoonalla käynnillä, kun samaan aikaan lääkärissäkäynnit vähentyivät kahdella miljoonalla. Alueellisesti eniten terveystietokäyntejä oli Länsi-, Sisä- ja Pohjois-Suomessa (5,3/ asukas), mutta Itä-Suomessa oli eniten lääkärikäyntejä (2,0/ asukas). Eniten terveystietokäyntipalveluita käyttivät eläkeikäiset, erityisesti yli 85-vuotiaat, ja vähiten työikäiset eli 15–64-vuotiaat. (Vainiola & Vainikka 2011, 1–3, 6–9). Erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien määrä on laskenut Suomessa vuodesta 2008 (173 käyntiä/ 1000 asukasta) vuoteen 2010 (158 käyntiä/ 1000 asukasta), ja hoitopäivien määrä vuodesta 2005 (4 miljoonaa) vuoteen 2010 (3,2 miljoonaa) (Rautiainen & Pelanteri 2001, 2, 4).

2.5 Perusterveydenhuollon kehittämishankkeet

Perusterveydenhuoltoa on pyritty kehittämään erilaisten hankkeiden ja toimenpideohjelmien kautta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b; 2012c), sillä peruspalvelut ovat heikentyneet, väestön terveyserot kasvaneet ja palveluiden saataavuus ja laatu vaihtelevat asuinkunnan mukaan (Okko ym. 2007, 38; Vuorenkoski, Mladovsky & Mossialos 2008, 33, 137, 153; Kokko ym. 2009, 34, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a). Vaikka sosiaali- ja terveydenhuoltoa on uudistettu Suomessa lukuisten kehittämishankkeiden avulla, ovat riittävät rakenteelliset uudistukset ja rahoitukseen liittyvät kysymyk-

set jääneet vähäisiksi (Kokko ym. 2009, 16; Pekurinen ym. 2010, 3–5). Esimerkiksi rahoitusjärjestelmän uudistaminen ei ole ollut kansallisten terveysthankkeiden asialistalla eikä sitä ole käsitelty kunta- ja palvelurakennemuutoksessaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b; 2012c). Uudistaminen saattaisi onnistua entistä paremmin rahoitusjärjestelmän uudistamisen kautta (Pekurinen ym. 2010, 3–5).

Palveluiden rahoitusvaikeudet ovat lisääntyneet väestön ikääntyessä ja työikäisten määrän vähetessä, ja toisaalta ammattitaitoisen työvoiman saatavuus on heikentynyt samalla, kun palveluntarvitsijoiden määrä on kasvanut (Okko ym. 2007, 21–24; Pekurinen ym. 2010, 29; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a). Osasyynä työvoiman saatavuuden vaikeutumiseen pidetään henkilöstön, erityisesti lääkäreiden, hakeutumista yksityisen sektorin palvelukseen (Pekurinen ym. 2010, 38). Terveysthuollon kehittämis ehdotukset liittyvät muun muassa monikanavaisen rahoituksen yhdistämiseen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliseen yhteistyöhön, jonotusaikojen lyhentämiseen (Vuorenkoski ym. 2008, 153) sekä avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan kehittämiseen ja ikääntyneiden perusterveydenhuollon järjestämiseen (Kokko ym. 2009, 36, 45). OECD:n (2005) mukaan Suomen tulisi parantaa julkista terveydenhuoltoa, esimerkiksi lisäämällä lääkäreiden määrää ja laajentamalla sairaanhoitajien tehtäväkuvaa.

Suomessa sosioekonominen eriarvoisuus lääkäripalveluissa on OECD-maiden suurinta (Manderbacka, Häkkinen, Nguyen, Pirkola, Ostamo & Keskimäki 2007, 182; Pekurinen ym. 2010, 41). Eräänä syynä terveydenhuollon eriarvoistumiseen ja julkisten palveluiden saatavuuden heikentymiseen pidetään monikanavaista rahoitusjärjestelmää, jossa kunnallisia palveluita rahoitetaan valtionosuuksilla ja yksityisiä palveluita Kelan kautta. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä on osaltaan edistänyt päällekkäisten palveluiden tuottamista, tehottomuutta ja kustannusvastuun siirto-ongelmia (Okko ym. 2007, 18–20; Pekurinen ym. 2010, 18–26, 90–91, 102). Monikanavainen rahoitus on hyödyttänyt eniten niitä, joilla on mahdollisuus käyttää työterveyshuoltoa tai yksityisiä lääkäripalveluita, kun taas perusterveydenhuollon varassa olevilla on ollut vaikeuksia saada tarvitsemiaan terveystalveluita (Manderbacka ym. 2007, 182–184; Vuorenkoski

ym. 2008, 38–39; Pekurinen ym. 2010, 40). Hyvin toimiva terveydenhuolto, jossa voimavaroja suunnataan myös terveyden edistämiseen, vähentää sekä erikoissairaanhoidon kustannuksia että eri väestöryhmien välisiä terveyseroja pitkällä aikavälillä (Manderbacka ym. 2007, 186, 190, 193–194). Sosioekonomisista terveyseroista huolimatta suomalaiset ovat terveydenhuoltoon melko tyytyväisiä (Okko ym. 2007, 73–74; Vuorekoski ym. 2008, 153).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) on valtakunnallisen terveys- ja sosiaalipolitiikan ohjausväline (Kokko ym. 2009, 21). KASTE-ohjelman päätavoitteita kaudella 2008–2011 ovat olleet väestön hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen, palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen, osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen vähentäminen (Lähteenmäki-Smith & Terävä 2012, 3, 13). Kaudella 2012–2015 KASTE-ohjelman tavoitteita ovat hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2012c).

Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelman (2008–2011) tavoitteita ovat olleet muun muassa terveyspalveluiden saatavuuden, asiakaskeskeisyyden ja valinnanvapauden parantaminen sekä osaavan työvoiman saatavuuden turvaaminen. Lisäksi erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä on ollut tarkoitus tiivistää siten, että erikoislääkärien palveluja olisi tarjolla myös terveyskeskuksissa. Ohjelma on toteutettu KASTE-ohjelmasta rahoitetuilla hankkeilla. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010b; 2012d). Terveys 2015-kansanterveysohjelman (2001–2015) tavoitteena on terveyden tukeminen ja edistäminen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla ja kaikissa ikäryhmissä. Ohjelma pohjautuu Maailman terveysjärjestö WHO:n Terveyttä kaikille-ohjelmaan. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2001, 2012e.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön sosiaali- ja terveydenhuollon aluekokeiluhankkeessa 2011–2014 selvitetään, miten sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää voidaan edelleen kehittää. Kokeilun tavoitteita ovat muun muassa palvelukokonaisuuksien kehittäminen asiakaslähtöisesti, peruspalvelujen vahvistaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisyys sekä perus- ja erikoistasoisten

palveluiden yhteistyön lisääminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011c.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta (PARAS) ollaan jälleen uudistamassa kuntauudistuksen yhteydessä hallituskaudella 2011–2015. Uudistetun palvelurakenteen tavoitteena on taata laadukkaat ja yhdenvertaiset palvelut koko maassa. Uudistuksen jälkeen terveystaluiden järjestämis- ja rahoitusvastuu säilyy edelleenkin kunnilla. Muutos vaikuttaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon parissa työskentelevien työhön monin tavoin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a; Valtiovarainministeriö 2012.) Tähän mennessä PARAS-hankkeen suurimpia saavutuksia ovat olleet sosiaalipalveluiden monipuolistuminen, henkilöstön parantunut mahdollisuus kehittää erityisosaamistaan sekä sosiaali- ja terveystaluiden tuottaminen suuremmalle väestöpohjalle suuremmissa yksiköissä. Kuitenkin joidenkin asiakkaiden pääseminen palvelujen piiriin on heikentynyt. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Karelia-ammattikorkeakoulun (entinen Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu) ja Savonia-ammattikorkeakoulun hallinnoimassa Vaske-hankkeessa selvitetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon haasteita harvaan asutuilla alueilla. Hankkeen tavoitteena on kehittää ja luoda uusi arviointimalli harvaanasutujen alueiden kuntien sosiaali- ja terveystaluiden toiminnoille sekä edistää julkisen ja yksityisen sektorin yhteistoimintaa. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa strategiseen päätöksentekoon uudenlainen tapa vertailla sosiaali- ja terveystaluiden erilaisia toiminta- ja järjestämistapoja. (Vaske 2012.)

3 Sairaanhoitajat perusterveydenhuollossa

3.1 Sairaanhoitajat hoitotyön asiantuntijoina

Sairaanhoitajat ovat hoitotyön asiantuntijoita (Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 15), joiden työssä korostuu näyttöön perustuvan hoitotieteen merkitys (Sairaanhoitajaliitto 2012a). Suomessa sairaanhoitajalta vaaditaan sairaanhoitajatutkinto, ja tutkinnon suorittamisen jälkeen Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta haetaan oikeutta harjoittaa ammattia laillistettuna ammatti-

henkilönä (Sairaanhoitajaliitto 2012b). Tätä ammatinharjoittamisoikeutta säätelevät sekä laki (559/1994) että asetus (564/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Muut keskeiset sairaanhoitajan työtä säätelevät lait ovat laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) ja henkilötietolaki (523/1999).

Sairaanhoitaja työskentelee erilaisissa toimintaympäristöissä erilaisten ja erikäisten potilaiden kanssa. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluvat terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen, hoitotoimenpiteiden tekeminen sekä kärsimyksen lievittäminen (Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 15, 29; Sairaanhoitajaliitto 2012a). Lisäksi sairaanhoitaja tuo hoitotyön näkökulman moniammatillisen työryhmän työskentelyyn. Sairaanhoitajan työssä asiakaslähtöinen, terveystakeskeinen ja kokonaisvaltainen ajattelutapa on tärkeää. (Sairaanhoitajaliitto 2012a.) Sairaanhoitajan työssä korostuvat altruistiset ja humanistiset arvot, empaattisuus, ammatillisuus, ammattitaito, ammattietiikka sekä lainsäädäntö (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 139, 144–164). Potilaan hoitamisessa ja kohtaamisessa pidetään tärkeänä hyvän hoitosuhteen muodostumista potilaan ja sairaanhoitajan välille. Hyvän ja luottamuksellisen vuorovaikutuksen muodostuminen vaatii sairaanhoitajalta potilasta arvostavaa, kunnioittavaa ja ystävällistä kohtelua, empaattisuutta, kykyä huomioida potilaan tilanne sekä potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 105; Jahren Kristoffersen ym. 2006, 139–140.) Potilaalla on oikeus halutessaan osallistua omaan hoitoon ja hoidon päätöksentekoon. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja koskemattomuutta säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Hyvien vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaitojen lisäksi empatiaa ja empatiakykyä pidetään keskeisenä edellytyksenä hoivatyössä toimimiselle. Empaattisuus eli kyky myötäeläytyä ilmenee potilaan tunteiden ja tilanteen huomioimisena esimerkiksi varovaisena käsittelynä, potilaan toiveiden kunnioittamisena, herkkyytenä potilaan viesteille, kuuntelemisen taitona, suvaitsevaisuutena ja ystävällisyytenä. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 105; Jahren Kristoffersen ym. 2006, 139–140.) Ammatillinen hoitosuhde perustuu hoidontarpeelle, ja ammatillisuuteen kuuluu oleellisesti myös henkilökohtainen sitoutuminen ja ihmisen kokonaisvaltaisuuden huomioiminen. Ammatillinen käyttäytyminen tarkoittaa

oman käyttäytymisen hallintaa, herkkätunteisuutta, tilanne- ja ihmistietoisuutta sekä oman käyttäytymisen kehittämistä parempaan. Ammattimaisen hoidon antaminen edellyttää vahvaa tietoperustaa sairauksista ja niiden vaikutuksista potilaan elämään. (Jahren Kristoffersen ym. 2006, 144–145, 168.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet korostavat sairaanhoitajan vastuuta ihmisyydestä, humanistisesta ihmiskäsitystä ja toimivat ohjeena sairaanhoitajan toiminnalle. Etiikkaa voidaan pitää ”oikeana mielenlaatuna”, mikä tarkoittaa käytännössä sitä, että sairaita halutaan auttaa ja palvella. Sairaanhoitajan tulee auttaa kaikkia ihmisiä heidän elämäntilanteestaan riippumatta voimavaroiltaan ja elämän laatua parantavasti. Etiikkaan kuuluu myös vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus, jotka ovat merkityksellisiä luottamuksellisessa hoitosuhteessa. (Jahren Kristoffersen ym. 2006, 145–149; Sairaanhoitajaliitto 2012c.) Vaitiolo- ja salassapitovelvollisuuden rikkomisesta on säädelty rikoslaissa (39/1889).

Ammatillinen kehittyminen ja kasvu jatkuvat koko työuran ajan. Ammattitaito lisääntyy kokemusten, tiedonhankinnan ja oppimisen myötä, ja asiantuntijuus jatkuvan opiskelun ja kokemusten sekä henkilökohtaisen reflektoinnin kautta (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 17; Sairaanhoitajaliitto 2012a). Sairaanhoitaja tarvitsee työssään ongelmanratkaisutaitoja ja sekä erikois- että laaja-alaista osaamista varsinkin vaativissa tilanteissa. Hoitotieteellisen tiedon nopea muuttuminen ja kehittyminen edellyttävät sairaanhoitajalta ammattiosaamisen jatkuvaa päivittämistä. (Vallimies-Patomäki 2010, 130–131; Sairaanhoitajaliitto 2012a.)

3.2 Vastaanottavan sairaanhoitajan työnkuva

Sairaanhoitajilla on ollut keskeinen tehtävä perusterveydenhuollon vastaanotto-toiminnassa. Sairaanhoitajat vastaavat työssään muun muassa puhelinneuvonnasta, injektoiden antamisesta, ompeleiden poistamisesta, verenpaineen mitta-uksista, asiakkaiden hoidon tarpeen määrittelystä, pitkäaikaissairaiden hoidosta sekä näyttöiden ottamisesta ja seulonnoista. (Vuorenkoski ym. 2008, 107.) Lääkäreiden huono saatavuus on osittain vaikuttanut siihen, että sairaanhoita-

jan työnkuva on laajentunut, ja rooli on korostunut vastaanottotoiminnassa 2000-luvulla (Kokko ym. 2009, 14; Pelttonen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä & Elonheimo 2010, 64–65). Sairaanhoidajille on siirretty osittain tai kokonaan joitakin lääkärille kuuluneita tehtäviä (Kokko ym. 2009, 14). Tämän vuoksi sairaanhoidajan tarvitsee perusterveydenhuollossa yhä enemmän kliinistä asiantuntijuutta (Vallimies-Patomäki 2010, 130).

Vastaanotolla työskentelevän sairaanhoidajan työ käsittää sekä sairaanhoidajan päivystysvastaanotto- että ajanvarausvastaanottotoiminnan. Työnkuvaan kuuluu tutkimusten tekeminen, määrääminen ja tulkitseminen, jatkoseurannan suunnittelu ja toteutus sekä sairaslomatodistuksen antaminen. Päivystyksessä vastaanotolla työskentelevä hoitaja arvioi lisäksi potilaan hoidon tarpeen, aloittaa lääkehoidon, ohjaa potilasta, sekä tarvittaessa konsultoi lääkäriä ja ohjaa potilaan lääkärille. (Leppänen 2010.) Ajanvarausvastaanotolla työnkuvaan sisältyy alkukartoituksen tekeminen, oireiden ja hoitotasapainon arviointi, osallistuminen lääkehoidon moniammatilliseen kokonaisarviointiin, lääkehoidon seuranta ja vaikutuksen arviointi sekä joissakin tapauksissa lääkemääräyksen uusiminen, tehostettu potilasohjaus, omaisten ohjaus, tarvittaessa lähete kotisairaanhoidoon ja C-lausunnon antaminen. (Vallimies-Patomäki 2010, 131–132.) Vastaanottotoiminnassa lähtökohtina ovat asiakaslähtöisyys, terveyden edistäminen, tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus sekä voimavara- ja terveyslähtöisyys (Kesonen & Olkkonen 2012, 48).

Sairaanhoidajan työnkuva ja asiakaskunta perusterveydenhuollon päivystyksessä on hyvin laaja (Leppänen 2010; Vallimies-Patomäki 2010, 132–133). Päivystyksessä toimivalta sairaanhoidajalta edellytetään kliinisten ja vuorovaikutustaitojen lisäksi mielenterveys-, päihde- ja vanhuspotilaiden hoidon osaamista. Päivystyksessä hoidetaan pääasiassa äkillisesti sairastuneita ihmisiä, mutta päivystykseen hakeutuu myös potilaita, joilla ei ole akuuttia hoidontarvetta. Tulevaisuuden haasteena on kehittää päivystystoimintaa siten, että ei-kiireellistä hoitoa tarvitseville potilaille saataisiin järjestettyä asianmukainen hoito muussa palvelujärjestelmässä. (Ruuti & Pyhälä-Liljeström 2010, 20–21.)

Sairaanhoitajien vastaanottotoimintaa on kehitetty siten, että omahoitajana toimiva sairaanhoitaja vastaa omalla vastaanotolla yleisimpien kansansairauksien (diabetes, astma, sepelvaltimotauti, verenpainetauti), ehkäisystä, hoidonohjauksesta, seurannasta, potilaiden ohjaamisesta tutkimuksiin ja hoidontarpeen arvioinnista (Vallimies-Patomäki 2010, 131–132). Asiakkaiden tarvitsema pitkäaikaishoito on muuttunut yhä vaativammaksi (Peltonen ym. 2010, 70–71), mikä edellyttää laaja-alaista erityisosaamista (Kesonen & Olkkonen 2010, 27) ja lisäkoulutusta (Vallimies-Patomäki 2010, 136). Itsenäisillä vastaanotoilla työskentelevistä hoitajista käytetään nimitystä joko asiantuntijasairaanhoitaja tai heidän erikoisosaamisalueensa mukaisesti puhutaan myös diabetes-, sydän-, haava-, hygienia-, haava- ja päihdesairaanhoitajista (Peltonen ym. 2010, 66; Kähkönen 2012, 25; Luoma, Vikberg-Aaltonen ja Kukkola 2012, 28, 31). Asiantuntijasairaanhoitajat työskentelevät terveyskeskuksissa klinisen hoitotyön erikoisosaajia. Heidän työkuvaansa kuuluu näyttöön perustuvan tiedon etsiminen ja sen soveltaminen käytäntöön. (Luoma ym. 2012, 28, 31.)

Vastaanotolla työskentelevän sairaanhoitajan työtä ohjaa paikallisiin olosuhteisiin sovelletut hoitosuositukset (Peltonen ym. 2010, 70–71). Vastaanotolla työskentelevältä sairaanhoitajalta edellytetään asiakkaan omahoidon tukemista, päätöksenteon osaamista, palveluvalikoiman hallintaa, erilaisten tietojärjestelmien ja kirjaamisen hallintaa, yhteistyöosaamista sekä vahvaa ja monipuolista kliinistä osaamista. Päätöksenteko-osaaminen käsittää muuan muassa näyttöön perustuvan tieteellisen tiedon käyttämisen päätöksenteon perusteena, konsultaatio-osaamisen, omien rajojen tunnistamisen päätöksenteossa ja käytettävissä olevien resurssien huomioimisen. Kliiniseen osaamiseen kuuluvat muuan muassa syvälinen tieto eri pitkäaikaissairauksista, niiden ennaltaehkäisystä, hoidosta ja hoidon seurannasta, lääkehoidon ohjaaminen ja seuranta sekä toimenpideosaaminen. Hoitajan on myös osattava käyttää voimaantumista tukevia työmenetelmiä, otettava asiakas mukaan päätöksentekoon ja osattava hyödyntää moniammatillista työryhmää asiakkaan hoidon suunnittelussa. (Kesonen & Olkkonen 2010, 40–47.)

4 Haja-asutusalueiden perusterveydenhuolto Suomessa

4.1 Haja-asutusalueet

Haja-asutusalueella käsitetään taajamien ulkopuolinen, harvaan asuttu alue. Taajamalla taas tarkoitetaan tiiviisti rakennettua asuinalueita. Toinen vastaava käsitepari on maaseutu – kaupunki, jolloin haja-asutusalueita kuvataan maaseutumaisena ja taajamaa kaupunkimaisena. (Helminen & Ristimäki 2007, 7–8). Maaseututyypit voidaan luokitella kaupunkien läheiseen maaseutuun, ydinmaaseutuun ja harvaan asuttuun maaseutuun (Kaarna 2009, 2; Ponnikas, Korhonen, Kuhmonen, Leinamo, Lundström, Rehunen & Siirilä 2011, 10) tai asutuksen tiheyden perusteella kyliin, harvan asutuksen maaseutuun ja asumattoomaan maaseutuun. Lieve- eli kehysalue on kaupunkiseutuun kuuluvaa haja-asutusalueita, joka ympäröi kaupunkiseudun taajamaa eli kehyskuntaa. (Helminen & Ristimäki 2007, 13–14.)

Suomalaisiin erityispiirteisiin kuuluvat alhainen väestötiheys, suuri maaseutualueiden määrä ja pitkät kaupunkien väliset etäisyydet. Haja-asutusalueet kattavat suurimman osan Suomea, erityisesti Kainuussa, Itä- ja Pohjois-Suomessa. (Kaarna 2009, 3; Ponnikas ym. 2011, 9, 16.) Vahvan haja-asutuksen alueita ovat Itä-Suomen maaseutualueet Iisalmen, Savonlinnan, Joensuun, Mikkelin ja Varkauden ympäristössä sekä Forssan ja Salon ympäristö. Näillä alueilla yli viidennes väestöstä asui haja-asutusalueella vuonna 2005 (Helminen & Ristimäki 2007, 30). Kaarnan (2009, 3) mukaan väestötiheys korreloi usein myös sosioekonomisten indikaattoreiden kanssa; väestötiheydeltä harvaan asuttujen kuntien talous on heikompi kuin tiheästi asuttujen.

Haja-asutusalueen väestömäärä on vuodesta 1980 vuoteen 2009 laskenut tasaisesti koko Suomessa, erityisesti Itä-Suomessa haja-asutusalueet ovat Joensuun lähialueita lukuun ottamatta olleet väestötappioalueita. Väestömäärä on vähentynyt sitä enemmän, mitä kauempana alue sijaitsee keskustaajamasta. (Helminen & Ristimäki 2007, 38, 40–41; Kaarna 2009, 5; Ponnikas ym. 2011, 9, 12.) Sen sijaan suurten kaupunkien kehysalueilla väestömäärä on kasvanut hy-

vin nopeasti (74 %) vuodesta 1980 vuoteen 2009. Voimakkainta väestömäärän kasvu on ollut Kuopion, Oulun ja Joensuun kehysalueilla. (Helminen & Ristimäki 2007, 49.) Taajamien ulkopuolisten alueiden asukasmäärä on vähentynyt, ja asutus on keskittynyt yhä enemmän kaupunkeihin (Ponnikas ym. 2011, 13). Väestömäärän vähenemisen lisäksi ikärakenteen kehitys tulee vaikuttamaan maaseutualueiden kehitykseen: kaupunkien kehysalueilla työikäisten, lasten ja ikääntyneiden määrät kasvavat. Sen sijaan Itä-Suomen harvaanasutulla maaseudulla ikääntyneiden määrä kasvaa voimakkaasti työikäisten määrän vähenemässä. (Kaarna 2009, 5, 9-10; Ponnikas ym. 2011, 19.)

4.2 Terveyspalveluiden saatavuus haja-asutusalueella

Haja-asutusalueilla ja pienissä maaseutualueiden kunnissa lähipalveluiden säilymisestä ollaan huolissaan, sillä kunta- ja palvelurakenteen uudistamisen pelätään heikentävän palveluiden saatavuutta. Joissakin maaseutukunnissa palveluita on yhdenmukaistettu ja karsittu. (Kokko ym. 2009, 15; Zitting & Ilmarinen 2010, 11; Matthies ym. 2011, 10, 69–70.) Hallituksen tavoitteena on kuitenkin taata kaikille kansalaisille julkisten palveluiden saatavuus alueen väestötiheydestä ja etäisyyksistä riippumatta (Hallituksen esitys 90/ 2010; Zitting & Ilmarinen 2010, 12).

Haja-asutusalueen lähipalvelut tuotetaan useimmiten kuntakeskuksissa tai kylillä. Terveyspalveluista parhaiten saatavilla ovat neuvolapalvelut ja kouluterveydenhuolto. Sen sijaan päihdehuollon avopalveluiden saatavuus on haja-asutusalueella heikkoa. (Zitting & Ilmarinen 2010, 22–23.) Suomessa lähes jokaisessa kunnassa on tai on ainakin ollut terveysasema, sillä 1970-luvulla voimavaroja ohjattiin maaseutukeskusten terveyspalveluihin, erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomessa (Kokko ym. 2009, 56). Terveyskeskus koetaankin kaikkein tärkeimmiksi haja-asutusalueen terveyspalveluksi (Zitting & Ilmarinen 2010, 22–23). Nykyisin terveyspalveluiden saatavuutta heikentävät ammattitaitoisen henkilöstön rekrytointivaikeudet (Kokko ym. 2009, 56). Lisäksi yksityisiä palveluntarjoajia on haja-asutusalueilla niukasti, sillä asiakaspohja on kapea ja välimatkat pitkiä (Pekurinen ym. 2010, 42–43; Matthies ym. 2011, 17).

Palveluiden saavutettavuuden kannalta hyvät kulkuyhteydet, oma auto tai toimiva joukkoliikenne ovat tärkeitä. Useimmilla maaseutualueilla julkinen liikenne on viime vuosina vähentynyt, mutta tilalle on kehitetty erilaisia asiointi- ja palvelulinjoja sekä yhteistakseja. (Zitting & Ilmarinen 2010, 18; Kokko ym. 2009, 56; Ponnikas ym. 2011, 31–32.) Maaseudun asukkaiden mielestä tärkeimpien lähipalveluiden tulisi sijaita alle 10 kilometrin etäisyydellä kodista. Itä-Suomessa viidennes asukkaista kokee etäisyyden terveyskeskukseen liian suureksi. (Zitting & Ilmarinen 2010, 20–23.) Pitkät etäisyydet osaltaan nostavat maaseudulla asuvien kynnystä hakea julkisia palveluita, ja toisaalta palveluiden hakeminen omalta lähialueelta (kylältä) voi tuntua hankalalta, sillä pienellä paikkakunnalla ihmiset tuntevat toisensa (Laitinen 2010, 661, 665). Eläkeläiset ja opiskelijat kokevat pitkät välimatkat hankaliksi, sillä he ovat usein riippuvaisia joukkoliikenteestä ja heillä on siksi suurempi tarve lähipalveluille kuin työssä käyvillä (Zitting & Ilmarinen 2010, 20–23). Ikääntyneet tarvitsevat monia kotiin tarjottavia palveluita selviytyäkseen arjessa, sillä he haluavat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Palvelut tulisikin tuoda ikääntyneiden lähelle esimerkiksi liikkuvina palveluina. (Kokko ym. 2009, 56–57; Zitting & Ilmarinen 2010, 37–38.)

4.3 Liikkuvat palvelut haja-asutusalueen perusterveydenhuollossa

Haja-asutusalueilla sosiaali- ja terveystoimen sekä ikääntyvän väestön määrän on arvioitu kasvavan tulevaisuudessa. Tämä luo paineita järjestää ja tuottaa terveystaloudellisesti uudenlaisilla malleilla. Erityisesti pitkien välimatkojen alueilla liikkuvien palveluiden kehittämisen uskotaan tuovan hyviä ratkaisuja. Palveluiden kehittämisessä on kuitenkin tärkeää huomioida paikalliset olosuhteet, ja palvelutoimintaa tulisi kehittää yhdessä käyttäjien kanssa. (Matthies ym. 2011, 66–67, 70.) Liikkuvat terveystaloudelliset palvelut täydentävät perusterveydenhuollon muita palveluita, mikä mahdollistaa esimerkiksi sen, että käytettävissä olevilla resursseilla voidaan saada mahdollisimman suuri hyöty mahdollisimman kustannustehokkaasti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a, 9).

Tällä hetkellä perusterveydenhuollon liikkuvia palveluita tarjoavat muuan muassa Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) liikkuva palveluyksikkö ”Mal-

lu” ja Tampereen kaupungin ”Terveysnyssse”. Ideana on, että palvelut viedään asiakkaan luokse, siten että liikkuva palveluyksikkö kulkee ennalta sovitun aika-
 taulun ja reitin mukaisesti. ”Mallu” kiertää maantieteellisesti laajalla Etelä-
 Karjalan sosiaali- ja terveystieteellisen alueella. ”Mallun” toiminta alkoi vuonna 2010
 influenssarokotuskampanjalla. Nykyisin yksikön tuottamia palveluita ovat muun
 muassa pitkäaikaissairaille suunnatut sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vas-
 taanottopalvelut, terveysneuvonta, pienten toimenpiteiden toteuttaminen ja lää-
 kereseptiliikenteen hoitaminen. Vuonna 2013 toiminta laajenee siten, että käyt-
 töön otetaan uusi vastaanotoksi suunniteltu auto, josta saa nykyisten palvelui-
 den lisäksi suuhygienistin tai hammashoitajan tekemiä suun terveystarkastuk-
 sia. (Liikkuva palveluyksikkö Mallu 2012; Lehto, Natunen ja Heiskanen 2012,
 35.) Tampereella kaupunkialueella kiertävästä ”Terveysnysssestä” tarjotaan en-
 naltaehkäiseviä terveysterveystarjontaa kuten neuvontaa ja opastusta terveyttä kos-
 kevissa asioissa sekä internetin käytössä tiedonlähteenä. ”Terveysnyssessä”
 työntekijöinä ovat terveydenhoitaja ja mediasihteerit sekä eri järjestöjen edusta-
 jia viikkoteemojen mukaan. (Tampereen kaupunki 2013.)

Muita terveydenhuollon liikkuvia palveluita on Suomessa tarjolla jonkin verran.
 Esimerkiksi Kuhmon lääkäripalvelun magneettirekka tarjoaa magneettikuvaus-
 palveluita Kuhmossa, Suomussalmella, Vuokatissa, Kajaanissa ja Oulussa
 (Kuhmon lääkäripalvelu 2011). Lisäksi Oulun yliopistollisella sairaalalla on liik-
 kuva silmäklinikka, Silmo, joka tarjoaa julkisia silmäpoliklinikkapalveluita Poh-
 jois-Pohjanmaan kunnissa. Liikkuvaa silmäklinikkaa voi käyttää kuka vain, eikä
 liikkuvalla klinikalla tarvita lähetystä. (Silmo 2011.) Muualla maailmassa, erityi-
 sesti pitkien välimatkojen alueilla esimerkiksi Kanadassa, liikkuvat terveyden-
 huollonpalvelut ovat melko yleisiä. Kanadassa liikkuvien terveysterveystarjontien on
 havaittu olevan kustannustehokkaita ja soveltuvan hyvin perusterveydenhuollon
 palveluiden tuottamiseen syrjäseutujen asukkaille, päihdeongelmallisille ja niille,
 jotka käyttävät runsaasti terveysterveystarjontaa. (Daiski 2005, 30; Whelan ym. 2010,
 78.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on kehittää perusterveydenhuollon palveluita ja niiden saatavuutta Joensuun haja-asutusalueella. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajan vastaanottopalveluiden nykytilaa Joensuun haja-asutusalueella ja selvittää, soveltuuko sairaanhoitajan liikkuva vastaanottopalvelu täydentämään haja-asutusalueen terveystaloutta. Opinnäytetyön tehtävänä oli luoda kartoitusten pohjalta malli liikkuvasta sairaanhoitajan vastaanottopalvelusta. Joensuun haja-asutusalueista tähän työhön valittiin Enon, Uimaharjun, Pyhäselän, Kiihtelysvaaran ja Tuupovaaran kaupunginosat. Työn toimeksiantajana oli Joensuun seudun LEADER-yhdistys (liite 1). Aihe valittiin, sillä terveystaloutta kehittäminen ja terveystaloutta tasavertainen saatavuus on kysymyksenä ajankohtainen ja kiinnostava.

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen on prosessi, jossa voidaan erottaa kolme erilaista vaihetta. Ideointi eli käynnistysvaiheessa laaditaan työstä työ- tai tutkimussuunnitelma. Työskentelyvaiheessa työ tai tutkimus toteutetaan, esimerkiksi tehdään kartoitukset, haastattelut ja laaditaan työstä kirjallinen raportti. Viimeistelyvaiheeseen liittyvät työn arviointi, esittäminen julkisesti, viimeistely ja kypsyysnäyte. (Opinnäytetyöryhmä 2011, 8–9, liite 4; Opinnäytetyöryhmä & Karlia-ammattikorkeakoulu 2013, liite 4.)

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena, sillä tavoitteena oli kartoittaa sairaanhoitajan vastaanottopalveluiden nykytilaa Joensuun haja-asutusalueella, selvittää liikkuvan terveystaloutta soveltumista haja-asutusalueen sairaanhoitajan vastaanottopalveluksi sekä luoda kartoitusten pohjalta malli sairaanhoitajan liikkuvasta vastaanottopalvelusta. Toiminnallista tutkimusta käytetään paljon ter-

veysalalla, koska toiminnallinen tutkimus tähtää käytännön toiminnan ohjeistamiseen, tiedon kartoittamiseen, toiminnan järjestämiseen ja järjeistämiseen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9; Candy 2006; 1–3). Toiminnallisessa opinnäytetyössä erilaisia tutkimuskäytäntöjä voidaan soveltaa vapaammin kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä eikä tutkimustietoa tarvitse hankkia kokemuseräisin (empiirisin) menetelmin havainnointien tai mittausten avulla. Aineistoa ei myöskään tarvitse analysoida niin tarkasti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Luokittelu eri tyyppeihin tai teemoihin riittää toiminnallisen opinnäytetyön analysointimenetelmiksi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56–57; 64.)

6.2 Kartoittava teemahaastattelu

Teemahaastattelu on niin sanottu puolistrukturoitu haastattelu, joka kohdennetaan tiettyihin teemoihin. Teemahaastattelu on vapaampi kuin syvähaastattelu, mutta tarkempi kuin avoin haastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208). Ennen varsinaista haastattelua olisi hyvä tehdä koehaastattelu, jotta haastattelun kulku voitaisiin paremmin suunnitella. Haastattelussa on lisäksi otettava huomioon haastattelun ajankohdan sopiminen, keskustelun aloittaminen, kysymysten asettelu ja asiassa pysyminen sekä haastatteluteemojen sujuva ohjaus ja ajan käyttö. (Hirsjärvi ym. 2009, 211.) Vaikka teemahaastattelussa haastateltavien määrä olisikin vähäinen (5-10 henkilöä), on kerätty aineisto usein runsas. Haastattelemalla kerätty aineisto on teemahaastattelun tärkein tuotos. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 138, 142, 174; Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

Haastattelu sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin, sillä se on joustava menetelmä saada tietoa vähän tutkituista ja kartoittamattomista asioista. Lisäksi haastattelun avulla saadaan selventäviä vastauksia jo olemassa oleviin kysymyksiin ja saadaan lisätietoa arkaluontoisistakin asioista. Haastattelu on kyselylomaketta soveltuvampi menetelmä uusien, monimutkaisten ja laajojen kokonaisuuksien selvittämiseen, sillä omien näkemysten kertominen on vapaampaa ja vuorovaikutus usein edistää avautumista. Kyselylomake soveltuu taas konkreettisten ja yksiselitteisten asioiden selvittämiseen. Haastattelemalla saatu ai-

neisto voidaan joko litteroida tai päätelmät voidaan tehdä suoraan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34–37, 135.) Toiminnallisissa opinnäytetöissä haastatteluita ei ole kuitenkaan välttämätön litteroida, eikä kaikkea haastattelusta saatua materiaalia tarvitse hyödyntää (Vilkkä & Airaksinen 2003, 64).

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kartoittavaa teemahaastattelua, sillä tavoitteena oli saada kokonaiskuva haja-asutusalueen terveystalveista sekä haastateltavien henkilökohtainen näkemys vastaanottopalveluiden kehittämisestä. Teemahaastattelurunko (liite 3) laadittiin siten, että keskustelu saataisiin ohjattua laajempiin aihekokonaisuuksiin, joihin haastateltavat voisivat vastata oman tietämyksensä ja valintansa mukaan. Sen sijaan täsmällisiä kysymyksiä, joihin vastukseksi olisi riittänyt kyllä tai ei, pyrittiin välttämään. Ennen haastatteluita haastattelukysymykset lähetettiin arvioitavaksi valmistuvalle sairaanhoitajalle, joka oli työskennellyt pitkään lähihoitajana haja-asutusalueella. Saadun palautteen perusteella selvisi, että käyttökustannuksiin liittyvät kysymykset saattaisivat olla sairaanhoitajille hankalia. Tämän vuoksi teemahaastattelurunko (liite 3) lähetettiin ensin haastateltavien lähiesimiehille, jotta lähiesimies voisi tutustua kysymyksiin etukäteen ja tarvittaessa antaa lisätietoa haastateltaville käyttökustannuksista. Lähiesimiehiä pyydettiin välittämään teemahaastattelurunko edelleen haastateltaville sairaanhoitajille. Teemahaastattelurungosta pyydettiin palautetta ja kehittämissuhteita sekä haastateltavien lähiesimiehiltä että haastateltavilta.

Haastattelut sovittiin etukäteen haastateltavien kanssa, ja jokaiselle haastattelulle varattiin aikaa tunti. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina, jotta jokaisen haastateltavan mielipide ja näkemys saatiin paremmin esille. Haastatteluista neljä tehtiin sairaanhoitajien toimipisteillä ja yksi toteutettiin puhelinhaastatteluna. Haastattelut oli aluksi tarkoitus nauhoittaa, mutta haastateltavat eivät antaneet lupaa nauhoittaa niitä, joten toinen haastatteli ja toinen kirjasi keskustelut muistiin ja teki tarkentavia kysymyksiä. Haastateltaville kerrottiin haastattelun alussa, että kaikkiin kysymyksiin ei tarvitse vastata. Haastatteluihin pyrittiin luomaan mahdollisimman avoin ja rento tunnelma, jotta haastateltavan olisi helppompaa kertoa oma näkemyksensä. Haastateltavaa pyrittiin aidosti kuuntelemaan ja hänen ohjailua pyrittiin haastattelutilanteessa välttämään. Haastatteluiden jäl-

keen haastattelut purettiin kirjoittamalla keskeisimmät asiat muistiin ja kirjoitettu versio lähetettiin vielä tarkastettavaksi haastatelluille sairaanhoitajille sähköpostitse. Tämän opinnäytetyön tekstiosuuteen kirjoitetut sairaanhoitajien haastattelut ovat haastateltujen tarkastamia ja heidän luvallaan julkaistuja. Haastatteluisista saatua tietoa ei ole sanatarkasti litteroitu tai analysoitu, mikä on hyväksyttävää, kun kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö (Vilkkä & Airaksinen 2003, 64).

6.3 Lähtötilanteen kartoitus ja toimintaympäristö

Toiminnallisessa opinnäytetyössä lähtötilanteen kartoittaminen on keskeistä, jotta saadaan selville muut samanlaiset ideat (Vilkkä & Airaksinen 2003, 27, 30, 51). Tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajan vastaanottopalveluiden nykytilaa Joensuun haja-asutusalueella kartoitettiin aiempien kirjallisten selvitysten ja sairaanhoitajien haastatteluiden avulla. Kirjalliset selvitykset koostuivat Joensuun kaupungin palveluverkkosuunnitelmasta (2011), tilastotietoista (Joensuun kaupunki 2012a; 2012b; 2012c) ja terveysasemien www-sivuista (Joensuun kaupunki 2013a; 2013b; 2013c; 2013d; 2013e). Haastatteluilla pyrittiin selvittämään haja-asutusalueen perusterveydenhuollon kehittämistarpeita sekä sairaanhoitajan liikkuvan vastaanottopalvelun soveltumista haja-asutusalueen täydentäväksi terveydenhuollon palveluksi. Tässä työssä keskityttiin selvittämään erityisesti sairaanhoitajan roolia haja-asutusalueen terveydenhuollossa. Haastattelukysymyksenä käytettiin sanaa ”terveysbussi”, sillä sen katsottiin olevan helpommin ymmärrettävä kuin ”liikkuva terveyspalvelu tai -yksikkö”.

Työn toteuttamiseksi valittiin viisi Joensuun haja-asutusalueen sairaanhoitajan vastaanottotoimipistettä: Pyhäselän, Kiihtelysvaaran, Tuupovaaran, Enon ja Uimaharjun terveysasemat. Kussakin toimipisteessä vastaanotossa työskentelevää sairaanhoitajaa haastateltiin teemahaastattelurungon (liite 3) mukaisesti joko menemällä heidän toimipisteilleen tai haastattelemalla heitä puhelimitse. Haastateltavia sairaanhoitajia oli yhteensä neljä, sillä sama henkilö toimi sekä Kiihtelysvaaran että Tuupovaaran terveysasemilla. Haastatteluihin annettiin kirjallinen tutkimuslupa (liite 2) Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden osastolta.

Opinnäytetyön toimintaympäristönä oli Joensuun haja-asutusalue Pohjois-Karjalan maakunnassa. Joensuun haja-asutusalueella käsitettiin tässä opinnäytetyössä Joensuun varsinaisen kaupunkialueen ulkopuoliset alueet eli Pyhäselän, Kiihtelysvaaran, Tuupovaaran, Enon ja Uimaharjun kaupunginosat. Nämä kaupunginosat liittyivät Joensuun kaupunkiin vuosina 2005–2009, ja ne toimivat aiemmin Uimaharjua lukuun ottamatta itsenäisinä kuntina. Pyhäselkä muodostaa Joensuun kaupungin eteläisen haja-asutusalueen, Kiihtelysvaara sekä Tuupovaara itäisen ja Enon sekä Uimaharju pohjoisen. Pyhäselän alueeseen kuuluviksi alueiksi katsottiin Hammaslahti, Ohvana-Niva-Rauansalo, Mulo, Niittylahti, Suhmura, Vehkapuro, Rasivaara-Kumpu ja Rekivaara. Kiihtelysvaaraan kuuluviksi alueiksi luettiin kirkonkylän lisäksi Palo-Murtojärvi, Heinävaara-Särkivaara, Keskijärvi-Röksä, Huhtilampi-Haapaloso-Raatevaara ja Uskali. Tuupovaara käsitti kirkonkylän, Konnuinniemen, Kattila-ahon, Pirttijärven, Koveron, Heinäahon, Öllölän, Luutalahden ja Hoilolan. Enoon ja Uimaharjuun kuuluvat alueet jaettiin Joensuun kaupungin (2010) aluepalvelujaon perusteella seuraavasti: Enon alueen muodostivat Enon kirkonkylä, Ahveninen, Sarvinki, Kuusjärvi, Revonkylä-Löytöjärvi, Louhioja, Karhunsalo, Kuisma, Paukkaja, Palovaara-Luhtapohja, Pohja ja Sikrenvaara, ja Uimaharjun Uimaharju-Enonsalo-Siikavaara, Ukkola ja Haapalahti.

6.4 Toiminnan eteneminen ja työskentelyn kuvaus

Kiinnostuimme perusterveydenhuollon kehittämisestä Joensuun haja-asutusalueilla, sillä mielestämme terveyspalveluiden tasavertainen saatavuus, hyvin toimiva perusterveydenhuolto ja uusien toimintamallien luominen perusterveydenhuoltoon ovat tärkeitä ja ajankohtaisia aiheita. Aiheen ideointivaihe alkoi keväällä 2011. Liikkuvien terveyspalveluiden kehittämisestä heräsi kiinnostus kehittää ideaa edelleen opinnäytetyöksi. Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin syksyllä 2011. Alkuperäiseen ideaan kuului kattavan selvityksen tekeminen liikkuvan terveyspalvelun soveltumisesta haja-asutusalueen terveyspalveluksi asiakkaiden, sairaanhoitajien ja hallinnon näkökulmasta. Aihetta kuitenkin rajattiin,

sillä opinnäytetyöstä olisi muutoin tullut liian laaja. Selvitys päädyttiin tekemään sairaanhoitajien haastatteluiden sekä kirjallisuuden avulla.

Aluksi toimeksiantajaehdokkaiksi ajateltiin yksityistä lääkäriasemaa (ITE) tai Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulua. Toimeksiantajaksi päädyttiin kuitenkin kysymään Joensuun seudun LEADER-yhdistystä, sillä LEADER-yhdistysten tiedettiin olevan kiinnostuneita haja-asutusalueiden kehittämisestä. Yhdistyksen toiminnanjohtaja Antero Lehikoinen kiinnostui aiheesta, ja virallinen toimeksiantosopimus allekirjoitettiin helmikuussa 2012. Sovittiin, että opinnäytetyön suunnitelma ja valmis opinnäytetyö malliehdotuksineen lähetetään LEADER-yhdistykselle heti, kun ne valmistuvat.

Tutkimuslupaa anottiin Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta ylihoitaja Liisa Karikolta. Aihesuunnitelma sekä teemahaastattelurunko (liite 3) lähetettiin joulukuussa 2011, ja tutkimuslupa myönnettiin tammikuussa 2012. Valmis opinnäytetyö luvattiin toimittaa Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystoimistolle. Helmikuun 2012 aikana tiedusteltiin sopivia haastatteluaikoja ja haastateltavia pyydettiin varaamaan haastatteluihin aikaa tunnin verran. Haastattelut tehtiin kevään ja syksyn 2012 aikana.

Aihesuunnitelmaa kirjoitettiin syksyllä 2011, ja se hyväksyttiin joulukuussa 2011. Alkuvaiheessa aihesuunnitelmassa käsiteltiin työterveyshuollon järjestämistä haja-asutusalueella liikkuvien terveystoimien avulla. Tässä vaiheessa aihesuunnitelman teko tuntui vaikealta, ja opinnäytetyön ydinajatus katosi. Myöhemmin aihetta käsiteltiin perusterveydenhuollon järjestämisen näkökulmasta. Opinnäytetyön suunnitelmaa kirjoitettiin tammi-maaliskuussa 2012 ja suunnitelma hyväksyttiin maaliskuussa 2012. Varsinaisen opinnäytetyön kirjoittaminen aloitettiin huhtikuussa 2012, ja kirjoittamista jatkettiin syyskuussa 2012. Syys-joulukuussa opinnäytetyö eteni hitaasti, sillä opinnäytetyöntekijöiden yhteisen ajan löytyminen oli erityisen haasteellista. Opinnäytetyö alkoi edistyä jälleen tammikuussa 2013, ja sitä kirjoitettiin maaliskuun 2013 loppuun saakka. Opinnäytetyön ohjaaja vaihtui kesällä 2012, mutta tällä ei ollut vaikutusta työn etenemiseen. Opinnäytetyön tarkempi aikataulu on kuvattuna liitteessä 4.

6.5 Toiminnan analyysi

Opinnäytetyön aiheen teoriatieto koottiin aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta, tutkimuksista, lainsäädännöstä, mietinnöistä, meneillään olevista hankkeista sekä sosiaali- ja terveystieteiden, valtiovarainministeriön, Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen, Sairaanhoidon, Eksoten ja liikkuvia terveyspalveluita tarjoavien yritysten internetsivuilta. Perusterveydenhuollosta ja sen kehittämisestä sekä sairaanhoidon työstä oli runsaasti ja monipuolisesti tietoa saatavilla. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta tietoa oli saatavilla kohtalaisesti. Sen sijaan haja-asutusalueiden terveydenhuollosta sekä liikkuvista terveyspalveluista tutkittua tietoa oli melko niukasti tarjolla.

Opinnäytetyön tulokset muodostuivat haastatteluista ja kirjallisuuteen perustuvista selvityksistä. Haastatteluiden ja kirjallisuuden perusteella tehtiin synteesi, jonka pohjalta kehiteltiin malli haja-asutusalueelle soveltuvasta liikkuvasta sairaanhoidon vastaanottopalvelusta. Haastatteluiden ja kirjallisuuden perusteella kartoitettiin alueen terveyspalveluiden tarjontaa ja kehittämistarpeita sekä sitä, miten haastateltavien mielestä sairaanhoidon liikkuva vastaanottopalvelu (terveysbussi) soveltuisi alueelle. Kirjallisuuden ja tilastojen perusteella selvitettiin alueen väestö- ja ikärakennetta, koulutustasoa ja sairastavuutta sekä nykyistä terveyspalveluiden tarjontaa. Kirjallisuus perustui tilastokeskuksen julkaisemiin tilastoihin sekä Joensuun kaupungin virallisiin sivuihin ja raportteihin. Kirjallisuuslähteet olivat oleellinen osa kartoitusta, sillä ne täydensivät ja tukivat haastatteluiden perusteella saatuja tuloksia.

7 Tulokset

7.1 Joensuun haja-asutusalueen väestörakenne ja erityispiirteet

Vuonna 2012 Joensuussa oli asukkaita yhteensä 73 758 (Joensuun kaupunki 2012a, 5). Joensuun väestömäärän ennustetaan kasvavan tasaisesti aina vuoteen 2040 saakka (Tilastokeskus 2012). Vuonna 2011 haja-asutusalueella, eli

varsinaisen kaupunkialueen ulkopuolella, asui 22 441 henkilöä. Vuonna 2011 lapsiperheitä oli Joensuussa 46,7 % (taulukko 1) ja korkea-asteen tutkinnon suorittaneita yli 15-vuotiaita oli 28 % (taulukko 2). Vuonna 2010 työllisiä oli 40 % väestöstä ja eläkeläisiä 23,5 % (taulukko 3). Joensuussa avosairaanhoidokäyn-tejä vuonna 2011 oli 88 612 (1,2/ asukas) ja erikoissairaanhoidon hoitopäiviä 53 578 (0,7/ asukas), kun taas vuotta aiemmin vastaavat luvut olivat 81 953 (1,1/ asukas) ja 58 196 (0,8/ asukas). (Joensuun kaupunki 2012a, 5, 7, 10, 18; 2012b.)

Pyhäselässä asui vuoden 2011 tilastojen mukaan 8 040 asukasta (taulukko 1). Lapsiperheiden osuus oli 54,5 % (taulukko 1), ja yli 15-vuotiaista 23,8 %:lla oli korkea-asteen tutkinto (taulukko 2). Vuoden 2010 tilastojen mukaan työllisten osuus oli 40,7 % ja eläkeläisten 18,9 % (taulukko 3). (Joensuun kaupunki 2012a, 8–10; 2012b; 2012c.) Pyhäselän pohjoisosissa (Reijola, Mulo, Niittylahti, Rasivaara ja Kumpu) mukaan lukien Karhumäen ja Ketunpesät väestömäärän arvioidaan kasvavan 2 400 henkilöllä vuoteen 2040 mennessä. Etenkin yli 65-vuotiaiden osuuden arvioidaan kasvavan 12,4 %:iin, mutta yli 85-vuotiaiden osuuden arvioidaan vähenevän 0,9 %:iin. Pyhäselän eteläosissa (Vehkapuro, Suhmura, Hammaslahti, Ohvana, Niva, Rauansalo, Rekivaara) väestömäärän arvioidaan vähenevän 300 henkilöllä vuoteen 2020, ja yli 65-vuotiaiden osuuden arvioidaan kasvavan 22 %:iin ja yli 85 -vuotiaiden 2 %:iin. (Joensuun kaupunki 2011, 30–31, 76.)

Kiihtelysvaarassa asui 2 725 henkilöä vuonna 2011 (taulukko 1). Lapsiperheiden osuus oli 54,4 % (taulukko 1), ja korkea-asteen tutkinto oli 18,1 %:lla yli 15-vuotiaista (taulukko 2). Vuonna 2010 työllisiä oli 37,5 % väestöstä ja eläkeläisiä 26,9 % (taulukko 3). Tuupovaarassa asui 1 873 henkilöä vuonna 2011 (taulukko 1). Lapsiperheiden osuus oli 43,4 % (taulukko 1), ja yli 15-vuotiaista 12,6 %:lla oli korkea-asteen tutkinto (taulukko 2). Vuonna 2010 työllisten osuus väestöstä oli 32,6 % ja eläkeläisten 38,2 % (taulukko 3). (Joensuun kaupunki 2012a, 8–10; 2012b; 2012c.) Kiihtelysvaaran ja Tuupovaaran alueilla väestömäärän arvioidaan vähenevän 700 henkilöllä vuoteen 2020 mennessä, ja yli 65-vuotiaiden osuuden arvioidaan kasvavan 32,4 %:iin ja yli 85-vuotiaiden 4,5 %:iin (Joensuun kaupunki 2011, 31–32, 76).

Enon ja Uimaharjun alueiden väestön yhteismäärä oli 6 218 henkilöä vuonna 2011. Enon ja Uimaharjun alueiden väestömäärän arvioidaan vähenevän yli 500 henkilöllä vuoteen 2020, ja samalla yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa 32,4 %:iin ja yli 85-vuotiaiden 4,9 %:iin. (Joensuun kaupunki 2011, 33, 77.) Enon kirkonkylän alueella, kirkonkylän ympäristössä ja Enosta etelään asui 3 958 henkilöä vuonna 2011 (taulukko 1). Lapsiperheiden osuus oli 46,8 % (taulukko 1), ja korkea-asteen tutkinto oli 15,4 %:lla yli 15-vuotiaista (taulukko 2). Vuoden 2010 tilastojen mukaan työllisiä oli 33,4 % väestöstä, kun taas eläkeläisten osuus oli 33,7 % (taulukko 3). Uimaharjun alueella, lähiympäristössä ja Uimaharjasta pohjoiseen asui 2 260 henkilöä vuonna 2011 (taulukko 1). Lapsiperheitä oli 39,5 % (taulukko 1), ja yli 15-vuotiaista 11,3 %:lla oli korkea-asteen tutkinto (taulukko 2). Vuonna 2010 työllisten osuus väestöstä oli 33,0 % ja eläkeläisten 37,8 % (taulukko 3). (Joensuun kaupunki 2012a, 10; 2012b; 2012c.)

Taulukko 1. Väestön määrä ja perhemuodot Joensuussa ja Joensuun haja-asutusalueilla. Väestömäärä on vuosien 2010 ja 2011 tilastojen mukaan, ja perheet vuoden 2011 tilaston mukaan.

	Väestö		Lapsiperheet		Ei lapsia
	2010	2011	2 aikuista	1 aikuinen	2 aikuista
Joensuu	72 704	73 305	34,1 %	12,4 %	53,5 %
Pyhäselkä	7 941	8 040	45,4 %	9,1 %	41,5 %
Kiihtelysvaara	2 676	2 725	45,2 %	9,2 %	46,8 %
Tuupovaara	1 890	1 873	29,0 %	14,4 %	56,5 %
Eno	4 015	3 958	36,9 %	9,9 %	53,3 %
Uimaharju	2 282	2 260	28,4 %	11,1 %	59,7 %

Vuonna 2011 Joensuun haja-asutusalueella asui noin kolmannes (30,4 %) koko Joensuun väestöstä. Väestöstä suurin osa asui alle kolmenkymmenen kilometrin päässä kaupunkikeskuksesta. Vuoteen 2020 mennessä etenkin haja-asutusalueilla väestömäärä pääsääntöisesti vähenee, ja ikääntyneiden osuus väestöstä kasvaa. Haja-asutusalueiden väestön koulutustaso oli matalampi kuin koko kaupungin alueella keskimäärin: Joensuussa lähes joka kolmannella (28 %) oli korkea-asteen tutkinto, kun taas haja-asutusalueella korkea-asteen tutkinto oli alle viidennellä (18 %) (taulukko 2). Työllisiä oli koko Joensuun alueella

alle 41 % väestöstä, kun taas joillakin haja-asutusalueilla heitä oli vain kolmannes väestöstä. Eläkeläisiä oli haja-asutusalueella keskimäärin enemmän kuin koko kaupungin alueella: kaupunkialueella heitä oli alle neljännes (23,5 %) ja haja-asutusalueella noin kolmannes (27 %) väestöstä (taulukko 3). (Joensuun kaupunki 2011, 30–33, 76–77; 2012a, 5, 7, 8–10, 18; 2012b; 2012c.)

Taulukko 2. Tutkinnon suorittaneiden osuudet Joensuun alueella ja Joensuun haja-asutusalueilla vuoden 2011 tilastojen mukaan. Tutkinto yht. = tutkinnon suorittaneita yhteensä, korkea-aste = alin korkea-aste, alempi korkeakouluaste, ylempi korkeakouluaste ja tutkijakoulutusaste, keskiaste = keskiasteen tutkinto ja perusaste = perusasteen tutkinto, ei tutkintoa perus-/keskikoulun jälkeen.

	<i>Tutkinto yhteensä</i>	<i>Korkea-aste</i>	<i>Keskiaste</i>	<i>Perusaste</i>
Joensuu	72,0 %	28,0 %	44,0 %	28,0 %
Pyhäselkä	70,9 %	23,8 %	47,1 %	29,1 %
Kiihtelysvaara	65,8 %	18,1 %	47,7 %	34,2 %
Tuupovaara	53,4 %	12,6 %	40,8 %	46,6 %
Eno	58,2 %	15,4 %	43,0 %	41,8 %
Uimaharju	55,0 %	11,3 %	43,7 %	45,0 %

Taulukko 3. Työvoimaan ja työvoiman ulkopuolelle kuuluvat vuonna 2010 Joensuussa ja Joensuun haja-asutusalueilla. Työvoiman ulkopuolelle kuuluvat alle 15 -vuotiaat, opiskelijat ja koululaiset, eläkeläiset ja muut, jotka eivät ole työmarkkinoiden käytettävissä.

	<i>Työlli- set</i>	<i>Työt- tömät</i>	<i>0-14 v.</i>	<i>Opisk./ koulul.</i>	<i>Eläkel.</i>	<i>Muut</i>
Joensuu	40,0 %	6,8 %	14,9 %	11,6 %	23,5 %	2,8 %
Pyhäselkä	40,7 %	5,7 %	22,8 %	8,6 %	18,9 %	3,4 %
Kiihtelysvaara	37,5 %	5,6 %	19,7 %	6,5 %	26,9 %	3,8 %
Tuupovaara	32,6 %	9,1 %	10,4 %	5,6 %	38,2 %	4,1 %
Eno	33,4 %	7,4 %	14,6 %	6,8 %	33,7 %	4,1 %
Uimaharju	33,0 %	7,2 %	12,5 %	5,8 %	37,8 %	3,7 %

7.2 Joensuun haja-asutusalueen terveydenhuollon palvelut

Joensuun haja-asutusalueiden terveysterveystoimen palveluverkkosuunnitelmasta (2011) ja haja-asutusalueiden terveysasemien www-sivuilta (Joensuun kaupunki 2013a; 2013b; 2013c; 2013d; 2013e). Palveluverkkosuunnitelma, jonka avulla suunnitellaan tulevia sosiaali- ja terveysterveystoimen palveluita, pohjautuu sosiaali- ja terveystoimen strategiaan. Joensuun kaupungin palveluverkkosuunnitelma pohjautuu vuosien 2009 ja 2010 tietoihin ja visio ulottuu vuoteen 2020 saakka. Joensuun alueen terveysterveystoimen palvelut koostuvat niin sanotuista aluepalveluista ja keskitetyistä palveluista. Aluepalvelut käsittävät terveysasemien vastaanotto- ja neuvolatoiminnan, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon, hammashuollon sekä täydentävistä palveluista fysioterapian. Keskitettyihin palveluihin kuuluvat perusterveydenhuollon erikoispoliklinikka, päivystys, laboratorio- ja röntgenpalvelut, mielenterveyskeskus, täydentävät palvelut ja erikoissairaanhoidon sekä päihdepalvelut. Aluepalveluita oli tarjolla kaikilla haja-asutusalueella, mutta keskitetyistä palveluista haja-asutusalueella tuotettaviin palveluihin kuuluivat laboratoriopalvelut (taulukko 4). (Joensuun kaupunki 2009, 14; Joensuun kaupunki 2011, 7–8.) Avohuollon päihdepalveluita ei haja-asutusalueilla ole, mutta terveyskeskussairaaloissa on tarvittaessa järjestetty katkaisuhoidon ja päihdeongelmaiset ovat saaneet muuta hoitoa terveysasemilta (Joensuun kaupunki 2011, 71–72).

Vuonna 2010 Joensuun kaupungin alueen terveysasemista viisi toimi haja-asutusalueella (taulukko 4). Vuonna 2009 terveysasemilla vastaanottokäyntien määrä oli yhteensä 168 056, joista 131 910 (74,5 %) tehtiin aluesairaanhoidajan vastaanotolle. Terveyskeskussairaaloita oli neljä (taulukko 4), ja suurin osa terveyskeskussairaaloista hoidettavista oli yli 75-vuotiaita. Haja-asutusalueella neuvoloita oli vuonna 2010 yhteensä kuusi (taulukko 4). Kaikkien koulujen yhteydessä toimi kouluterveydenhuolto, jossa kouluterveydenhoitaja oli paikalla 1–3 kertaa viikossa. Uimaharjun kouluterveydenhuolto järjestettiin Uimaharjun terveysasemalla. Haja-asutusalueen viisi hammashoitola toimi terveysasemien tai neuvoloiden yhteydessä (taulukko 4). Pyhäselän, Reijolan, Enon ja Uimaharjun laboratoriopalvelut ostettiin Itä-Suomen Laboratoriokeskuksen Liikelaitoskuntayhtymältä (ISLAB). Kiihtelysvaarassa ja Tuupovaarassa näytteenottotoi-

minta tuotettiin terveysasemien asemien omana toimintana. Laboratorion näytteenottopisteitä oli yhteensä kuusi, ja fysioterapiapalveluita sai neljästä toimipisteestä (taulukko 4). (Joensuun kaupunki 2011, 17–20.)

Haja-asutusalueen terveysasemilla oli vuonna 2013 tarjolla paikoin hyvin monipuolisesti asiantuntijasairaanhoitajan palveluita, ja monien pitkäaikaissairauksien hoito oli sairaanhoitajan vastuulla (Joensuun kaupunki 2011, 14–15). Pyhäselässä oli astma-, diabetes-, verenpaine-, kolesterol- ja reumaneuvontaa, mielenterveyspalveluita sekä muistihoitajan vastaanotto (Joensuun kaupunki 2013a). Kiihtelysvaarassa ja Tuupovaarassa oli tarjolla reuma-, astma- ja diabeteshoitajan palveluita, ja Tuupovaarassa toimi lisäksi psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto (Joensuun kaupunki 2013b; 2013c). Enon ja Uimaharjun terveysasemilla oli myös psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanottopalveluita (Joensuun kaupunki 2013d; 2013e).

Taulukko 4. Joensuun haja-asutusalueella saatavilla olevat perusterveydenhuollon palvelut.

	Terv. asema	TK- sairaala	Neuvola	Hammas- hoitola	Fysio- terapia	Labo- ratorio
Pyhäselkä	x	x	x	x	x	x
Reijola			x			x
Kiihtelysvaara	x				x	x
Heinävaara			x	x		
Tuupovaara	x	x	x	x	x	x
Eno	x	x	x	x	x	x
Uimaharju	x		x	x		x

7.3 Sairaanhoitajien haastattelut

Haastateltavia oli yhteensä neljä, joista kaikki olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia, osa toimi osastonhoitajana ja osa asiantuntijasairaanhoitajina. Haastateluista kolme tehtiin sairaanhoitajien toimipisteillä ja yksi tehtiin puhelinhaastatteluna. Haastattelut tehtiin vuoden 2012 aikana (ks. liite 4). Sairaanhoitajia haastateltiin teemahaastattelurungon pohjalta (liite 3).

Pyhäselän alueella työskentelevän sairaanhoitajan haastattelu 29.2.2012

Pyhäselässä on kaksi perusterveydenhuollon toimipistettä: Hammaslahdessa ja Reijolassa (neuvola ja kotihoito, ei lääkäripalveluja). Lisäksi alueen asukkaat voivat käyttää Niinivaaran terveysaseman palveluita, jossa on yksi ostopalvelulääkäri Pyhäselän asukkaita varten. Pyhäselän terveysaseman vastaanotolla Hammaslahdessa työskentelee neljä lääkäriä, kolme sairaanhoitajaa, diabeteshoitaja ja kaksi lähihoitajaa. Pyhäselän terveysasema on avoinna arkisin kello 8–16 ja terveysaseman yhteydessä on ISLABin laboratorion vastaanotto, joka on avoinna arkisin kello 7–15. Lisäksi terveysaseman yhteydessä on terveyskeskussairaalan 40-paikkainen vuodeosasto. Reijolan toimipisteessä on sairaanhoitajan vastaanotto, ja näytteidenotto on avoinna keskiviikkoisin.

Palveluiden yhtenä toiminta-ajatuksena on perhekeskeisyys, ja vastaanotolla työskentelee koulutettu perhelääkäri, sillä Pyhäselän terveyspalvelujen suurin käyttäjäryhmä on lapsiperheet. Suuresta lasten määrästä johtuen Pyhäselän alueen väestö käyttää runsaasti erikoissairaanhoidon palveluita. Kansantaudeista diabetes, erityisesti lapsilla esiintyvä diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet sekä astma ovat yleisimpiä syitä hakeutua terveyskeskukseen. Pyhäselässä välimatka terveyskeskukseen on korkeintaan 20 kilometriä, joten asiakkaat pääsevät vastaanotolle omalla autolla, kävellen, julkisilla kulkuneuvoilla tai taksilla melko hyvin.

Kuntaliitoksen jälkeen Hammaslahden alueen palvelut eivät ole huonontuneet, vaan palvelusuhde väestöön suhteutettuna on Joensuussa parhainta luokkaa. Kuntaliitoksen jälkeen on palkattu osa-aikainen (50 %) sairaanhoitaja ja tekstinkäsittelypalvelut on ulkoistettu, sillä ne veivät aikaa varsinaiselta hoitotyöltä. Pyhäselän alueelle sairaanhoitajan sijaisia on ollut helppo saada, eikä henkilöstön saannissa ole ollut ongelmia.

Pyhäselässä toiminnan kehittämiseksi on suunnattu voimavaroja, ja toimintaa on pyritty tehostamaan. Tavoitteena on hoitaa päivystysasiakkaat saman päivän aikana. Tällä hetkellä vastaanottoaika voidaan antaa noin kahden viikon päähän. Tulevaisuudessa otetaan käyttöön takaisinsoittojärjestelmä, jolloin asiak-

kaalle soitetaan takaisin, mikäli hän ei saa yhteyttä terveysasemalle. Pyhäselän alueelle liikkuvat terveyspalvelut eli niin sanottu kiertävä terveysbussi ei toisi lisää arvoa, sillä etäisyydet terveysasemille ovat kohtuulliset ja julkinen liikenne toimii arkisin hyvin. Pyhäselän alueella on aiemmin kiertänyt kuntosalibussi.

Uimaharjun terveysasemalla työskentelevän vastaanottavan sairaanhoitajan haastattelu 27.4.2012

Uimaharjussa sairaanhoitaja työskentelee pääsääntöisesti itsenäisesti sairaanhoitajan vastaanotolla. Lisäksi sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu pitkäaikais-sairauksien seuranta ja koululaisten pienten tapaturmien hoitaminen. Uimaharjussa henkilöstöön kuuluvat lähihoitajan ja sairaanhoitajan lisäksi lääkäri ja kaksi terveydenhoitajaa. Terveysasema on avoinna päivittäin, ja sairaanhoitajan vastaanotto on avoinna maanantaista torstaihin kello 8–16 ja perjantaisin kello 8–14. Lääkärin vastaanotto toimii kerran viikossa, lastenneuvola on avoinna kolmena päivänä viikossa ja kouluterveydenhoitaja on paikalla kolmena päivänä viikossa. Kesä kautena, kesäkuun alusta syyskuun alkuun Uimaharjun terveysasema on suljettu, ja tällöin uimaharjulaiset saavat terveyskeskuspalvelut Enon terveysasemalta.

Terveysasemalla työskentelee liian vähän henkilökuntaa työmäärään nähden. Mikäli työsuunnitteluun voisi enemmän vaikuttaa, henkilöstö riittäisi ainakin talviaikana. Kesä kautena esimerkiksi Käypä hoito-suosituksen mukaiset diabeteksen hoidon seurantaan tarkoitetut kontrollikäynnit eivät onnistu. Uimaharjun terveysasemalle on ollut vaikea saada sairaanhoitajan sijaisia resurssipulan vuoksi. Uimaharjun vastaanoton sairaanhoitaja siirtyy Enoon, mikäli Enossa on sijaistarvetta. Tällöin Uimaharjun sairaanhoitajan vastaanotto on suljettuna. Uimaharjussa työnsuunnittelu voisi lisätä toiminnan suunnitelmallisuutta. Suunnitelmallisuutta voisi lisätä esimerkiksi asiakkaille etukäteen annettavat vastaanottoajat.

Uimaharjussa suurimmat asiakasryhmät ovat seniorit ja psykiatriset avohoitopotilaat. Avohoitopotilaita on muuttanut Uimaharjuun, sillä alueella on tarjolla edullisia kaupungin vuokra-asuntoja. Uimaharjussa välimatka terveysasemalle on

korkeintaan 35 kilometriä. Suurimmaksi osaksi asiakkaat liikkuvat sairaanhoitajan vastaanotolle kävellen joko apuvälineiden kanssa tai ilman, omalla autolla, taksikyydillä tai muilla kyydeillä. Maantieteellisiä rajoitteita, kuten suuria vesistöjä tai korkeuseroja, ei alueella ole.

Uimaharjussa liikkuvat terveysterveyst, esimerkiksi kiertävä terveysterveyst saattaisi soveltua palveluiden tarjoajaksi kesäaikana, jolloin terveysterveyst on suljettu. Lisäksi palvelu voisi soveltua kotisairaanhoidon rinnalle. Lääkärin vastaanoton mahdollisuus kiertävässä terveysterveyst saattaisi olla asiakkaan kannalta Uimaharjussa hyvä asia. Terveysterveyst saattaisi olla alasajon uhka kiinteälle terveysterveyst, mutta terveysterveyst voisi kuitenkin toimia projektina Uimaharjussa.

Enon terveysterveyst vastaanotolla työskentelevän sairaanhoitajan haastattelu 27.4.2012

Enossa terveysterveyst sairaanhoitaja työskentelee vastaanotolla. Sairaanhoidon työnkuva on melko laaja. Enossa vastaanotolla työskentelee sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kolme lähihoitajaa ja neljä osa-aikaista lääkärää. Henkilökuntaa on vastaanotolla työhön nähden vähän, ja Enossa olisi tarvetta yhdelle sairaanhoitajalle. Sairaanhoidon sijaisia on kuitenkin saatu hyvin. Uimaharjun terveysterveyst sairaanhoitaja toimii tarvittaessa sairaanhoidon sijaisena. Terveysterveyst sairaanhoidon vastaanotto on avoinna arkisin kello 8–16. Terveysterveyst käyttöaste on korkea.

Enossa lääkärin vastaanottotoimintaa voisi kehittää hoitosuunnitelmien tekemisellä. Tällä hetkellä haasteena on se, että samat asiakkaat palaavat vastaanotolle viikosta toiseen. Hoidon huolellisella suunnittelulla ja hoitosuunnitelmien laatimisella ylimääräiset vastaanottokäynnit voisivat vähentyä. Sairaanhoidon vastaanottotoimintaa kuormittavat lääkäreiden osa-aikaisuudet, sillä aikoja on tarpeeseen nähden liian vähän. Lääkäreitä toivottaisiinkin kokoaikaisiksi.

Enossa vanhusväestö on suurin terveysterveyst palveluiden käyttäjäryhmä kansantauteineen ja monine sairauksineen. Enossa naisia on asiakkaina hieman

enemmän kuin miehiä, ja ikäluokat ovat pienenemässä. Enossa välimatka terveyskeskukseen on korkeintaan 30 kilometriä. Useimmat asiakkaat liikkuvat sairaanhoitajan vastaanotolle kävellen, omalla autolla, taksikyydillä tai jollakin muulla kyydillä. Maantieteellisiä rajoitteita kulkemiselle ei alueella ole. Suurin osa vanhusväestöstä asuu taajamassa.

Enossa liikkuvia terveystalvaeluita, kuten kiertävää terveystalvaelubussia, ei nähdä soveltuvaksi täydentämään perusterveystenhuollon sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanottotalveluita. Nykyiset talvaelut nähdään riittävinä hoitotyön näkökulmasta katsoen. Toisaalta nykyisten toimipisteiden kuormittuvuus voisi vähentyä, mikäli rinnalla olisi täydentävä talvaelu. Lähitalvaelut koetaan tärkeiksi, jolloin kiertävä terveystalvaelubussi menisi sinne, missä ihmiset ovat. Sen sijaan ennaltaehkäisevän terveystenhuollon talvaeluihin voisi soveltua kiertävä terveystbussi, jossa tarjottaisiin päihdehuoltotalveluita 30–40-vuotiaille miehille. Vanhustyössä ei ennaltaehkäisevillä talvaeluilla koeta olevan hyötyä.

Kiihtelysvaaran ja Tuupovaaran vastaanotoilla työskentelevän sairaanhoitajan haastattelu 21.11.2012

Sairaanhoitaja työskentelee Kiihtelysvaarassa ja Tuupovaarassa lääkärin vastaanotolla lääkäri-sairaanhoitaja-talvaelparina. Henkilöstörakenne terveystasemilla vaihtelee: Kiihtelysvaarassa työskentelee yksi sairaanhoitaja, yksi lähitalvaelaja, yksi terveystenhoitaja ja kaksi virkalääkäriä. Tuupovaarassa on kaksi sairaanhoitajaa, yksi lähitalvaelaja, yksi terveystenhoitaja, yksi välinehuoltaja ja kaksi virkalääkäriä. Lisäksi Kiihtelysvaaran ja Tuupovaaran terveystasemilla on yhteinen osastonhoitaja. Henkilökuntaa on vastaanotolla työhön nähden liian vähän. Kiihtelysvaarassa olisi tarvetta yhdelle sairaanhoitajalle. Sairaanhoitajien sijaisten saatavuudessa on ollut ongelmia.

Sairaanhoitajien vastaanoton käyttöasteet ovat sekä Kiihtelysvaarassa että Tuupovaarassa korkeat. Kiihtelysvaarassa ja Tuupovaarassa sairaanhoitajan vastaanotto ruuhkaantuu arkiaamuisin kello 8–10, sillä tällöin terveystasemalle voi tulla ilman ajanvarausta. Sairaanhoitajan ajanvarausvastaanotto on avoinna arkisin kello 10–16. Laboratorio on avoinna Kiihtelysvaarassa tiistaisin ja tors-

taisin kello 7.30–11.00, Heinävaarassa keskiviikkoisin kello 7.30–10.30 ja Tuupovaarassa tiistaisin ja perjantaisin kello 7.30–11.00, mutta päivystysnäytteitä otetaan tarvittaessa laboratorion aukioloaikojen ulkopuolella. Vastaanottotoiminnassa pyritään asiakaslähtöiseen laadukkaaseen työtapaan.

Asiakaskunta sairaanhoitajan vastaanotolla on Kiihtelysvaarassa nuorempaa kuin Tuupovaarassa. Kiihtelysvaarassa on enemmän nuoria työikäisiä, joiden käyntiaiheina ovat yleensä infektioaudit ja kansantaudeista etenkin diabetes. Tuupovaarassa asiakaskunta on ikääntyneempää, ja heidän käyntiaiheinaan ovat tavallisesti kansantautien ja monien muiden sairauksien hoito. Sekä Kiihtelysvaaran että Tuupovaaran alueilla on entistä enemmän masennuksesta kärsiviä, syrjäytymisuhan alla olevia ja päihteiden käyttäjiä. Välimatkat sairaanhoitajan vastaanoton ja asiakkaan kodin välillä ovat Kiihtelysvaarassa 20–25 kilometriä ja Tuupovaarassa 30–40 kilometriä. Asiakkaat liikkuvat sairaanhoitajan vastaanotolle omalla autolla, taksikyydillä, sukulaisten tai tuttavien kyydillä tai kävellen. Maantieteellisiä rajoitteita ei näillä alueilla ole.

Perusterveydenhuollon sairaanhoitajan vastaanottotoimintaa Tuupovaarassa ja Kiihtelysvaarassa voisi kehittää käyttämällä mittareita esimerkiksi laadun arviointiin. Suurin haaste on ajan riittämättömyys. Henkilökunnalla tulisi olla enemmän yhteispalavereita mielellään viikoittain. Tällä hetkellä käytössä on henkilöstön viikkokirje, jonka avulla pyritään pitämään henkilöstön tiedonsaanti ajan tasalla. Toiminnan kehittämiseen ei tällä hetkellä ole resursseja, eikä liikkuva terveyspalvelu voisi kulurakenteen vuoksi toimia alueella. Muiksi liikkuvaan terveyspalveluun liittyviksi ongelmiksi koetaan tiedonsaannin ongelmat, esimerkiksi potilastietojärjestelmien, kuten Mediatrin, toimimattomuus liikkuvassa yksikössä.

Yhteenveto haastatteluista

Jokaisessa haja-asutusalueen keskustaajamassa on oma terveysasema. Alueen asukkaiden välimatkat lähimpään terveyskeskukseen tai terveysasemalle ovat korkeintaan 20–40 kilometriä. Jokaisessa toimipisteessä työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia, terveydenhoitajia ja lääkäreitä sekä asiantuntijasai-

raanhoitajia. Toimipisteet ovat avoinna 3–5 päivää viikossa, ja kaikissa toimipisteissä on sairaanhoitajan päivystysvastaanotto. Kaikilla alueilla infektiosairaudet sekä kansansairauksista diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet sekä astma ovat yleisiä syitä hakeutua hoitoon terveyskeskukseen tai -asemalle. Pyhäselässä suurin asiakasryhmä on lapsiperheet, kun taas Uimaharjussa, Enossa, Kiihtelysvaarassa ja Tuupovaarassa suurimmat asiakasryhmät ovat ikään-tyneet, mielenterveyspotilaat ja päihdeongelmaiset.

Pyhäselän, Kiihtelysvaaran ja Tuupovaaran alueilla liikkuvalla terveystalvaelulle ei nähdä tarvetta. Sen sijaan Uimaharjussa ja Enossa liikkuvat terveystalvaelut voisivat joiltakin osin täydentää nykyisiä palveluita. Esimerkiksi Uimaharjussa liikkua terveystalvaelu voisi toimia kesäaikaan terveydenhuollon täydentävänä palveluna, ja Enossa liikkua terveystalvaelu voisi soveltua ennaltaehkäisevään päihdehuoltotyöhön.

7.4 Terveystalvaeluiden kehittäminen Joensuussa

Terveystalvaeluiden kehittäminen Joensuussa perustuu Joensuun kaupungin (2009) sosiaali- ja terveystoimen strategiaan 2009–2012 sekä Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palveluverkkosuunnitelmaan (2011). Terveystalvaeluiden kehittämistä tarkastellaan näiden lähteiden perusteella. Joensuun sosiaali- ja terveystoimen toiminta-ajatukseen kuuluvat kaupunkilaisten hyvinvoinnin, terveyden ja osallisuuden edistäminen, ja arvoihin muun muassa avoimuus, yhteistyö, oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus. Sosiaali- ja terveystoimen visiona on luoda tehokkaat, asiakaslähtöiset ja asiantuntevat sosiaali- ja terveystalvaelut ja panostaa erityisesti ennaltaehkäisevään toimintaan ja varhaiseen puuttumiseen. (Joensuun kaupunki 2009, 7-8; 2011, 5, 8.) Lisäksi Joensuun kaupunki on kiinnostunut liikkuvan vastaanottopalvelun kehittämisestä, sillä vanhusten liikkuminen syrjäkyliltä keskustajamaan voi olla hankalaa (Joensuun kaupunki 2011, 30–34, 37).

Joensuun seudulla haasteena on taata riittävät palvelut kunnan eri osissa. Kehittämistyössä painotetaan muun muassa palveluiden oikea-aikaista ja riittävää

saatavuutta kaupungin eri osissa. Muita painopistealueita ovat muun muassa sairauksien ennaltaehkäisy, terveyden edistäminen, kuntouttavan tuen onnistuminen, toimivat palvelu- ja hallintorakenteet sekä hyvä ja motivoitunut henkilöstö. Käytännössä pyritään luomaan katkeamaton hoitoketju perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille, parantamaan terveydenhuollon puhelinpalvelua ja palvelunohjausta sekä lisäämään kuntalaisten omatoimisuutta ja omahoitoa. Lisäksi lääkäripalvelut pyritään järjestämään omana toimintana. (Joensuun kaupunki 2009, 4, 9, 14; 2011, 5, 23–24.)

Joensuun alueen toimintaympäristössä sekä väestön määrässä ja rakenteessa on odotettavissa muutoksia lähivuosina. Väestön määrän arvioidaan kasvavan 74 000 asukkaaseen vuoteen 2017 mennessä. Väestön rakenteeseen on myös odotettavissa muutoksia, sillä sekä syntyvyyden että senioriväestön (yli 65-vuotiaat), erityisesti yli 85-vuotiaiden, määrän ennustetaan kasvavan. Senioriväestön määrän kasvu lisää palveluntarvetta, sillä ihmiset ovat tottuneet käyttämään palveluita. Sen sijaan koulu- ja työikäisten määrän arvioidaan laskevan. Työikäisten määrän väheneminen johtaa työvoiman määrän laskuun ja siten myös terveydenhuollon henkilöstön saatavuuteen. Joensuun seudulla syrjäytyminen on kasaantunut, ja asiakkaiden ongelmat ovat monimutkaistuneet ja vaikeutuneet samalla, kun työttömien, toimeentulotukea saavien ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrät ovat kasvaneet. (Joensuun kaupunki 2009, 5–6.) Esimerkiksi 15 % neuvolaikäisten perheistä tarvitsisi neuvolan antaman tuen lisäksi muuta terveys- ja sosiaalihuollon tukea. Terveydenhuollossa syrjäytymisen näkyy sosiaali- ja terveyspalveluiden kysynnän ja alkoholihaittojen kasvussa. (Joensuun kaupunki 2011, 9, 60.)

Joensuun haasteita ovatkin muuta maata korkeammat työttömyys (16 %), alkoholin kulutus (11 litraa/ asukas/ vuosi), sairastavuusindeksi (104), depressiolääkkeitä käyttävien määrä (103,6/ 1000 vastaavan ikäistä kohden) sekä toimeentulotukea saavien kotitalouksien määrä (10,3 %). Koko maan keskiarvoina vastaavat luvut ovat: työttömyys 8 %, alkoholinkulutus 8 litraa/ asukas/ vuosi, sairastavuusindeksi 100, depressiolääkkeitä käyttävien määrä 92/ 1000 vastaavan ikäistä kohden ja toimeentulotukea saavien kotitalouksien määrä 6,5 %. Alkoholihaittojen voimakas kasvu näkyy lisääntyneinä terveydenhuoltokäynteinä

ja hoitopäivinä; erikoissairaanhoidon hoitopäivät ovat kasvaneet alkoholihaittojen vuoksi 2000-luvulla 65 prosenttia. Väestötasolla tavoitteena on saada sairastavuusindeksi, alkoholin kulutus ja depressiolääkkeitä käyttävien sekä toimeentulotukea saavien määrät vähenemään lähelle maan keskitasoa. (Joensuun kaupunki 2009, 2–4, 6, 16; 2011, 9, 12.)

Sosiaali- ja terveystoimen strategiset toimenpiteet kohdistuvat muun muassa vanhusväestön toimintakyvyn ylläpitämiseen, alkoholihaittojen vähentämiseen, varhaiseen tukeen ja ennaltaehkäisyyn. Näitä toimenpiteitä ovat ennaltaehkäisyyn sekä varhaisen tuen ja kuntouttavan toiminnan ylläpito, ikäneuvola Ruorin toiminnan vakiinnuttaminen ja päivystyksen järjestäminen yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa yhteispäivystyksenä. (Joensuun kaupunki 2009, 16–17; 2011, 5–8, 23–26.) Joensuun seudulla päihdepalvelut ovat olleet hajanaisia ja tarpeeseen nähden riittämättömiä. Siksi tulevaisuudessa päihdepalveluita pyritään tuottamaan keskitetysti uuden avohoitoon painottuvan järjestämismallin mukaan. (Joensuun kaupunki 2011, 71–73.)

Joensuun kaupungin palveluverkkoselvityksen mukaan Reijolan alueella (palvelualue 4) vuonna 2020 terveyspalveluihin kuuluu oma neuvola. Sen sijaan omaa laboratoriota, hammashoitola tai fysioterapiapalveluita ei enää tulevaisuudessa ole. Hammaslahden (palvelualue 5) terveyspalvelut on tarkoitus säilyttää ennallaan. Kiihtelysvaaran ja Tuupovaaran alueella (palvelualue 6) vuoden 2020 visiossa terveyspalvelut säilyvät muulta osin ennallaan, mutta hammashoito keskitetään Tuupovaaraan. Yhteistyötä sosiaali- ja mielenterveyspalveluiden kesken pyritään tehostamaan. Enon ja Uimaharjun alueella (palvelualue 7) vuoden 2020 visiossa terveyspalveluista neuvolapalvelut, hammashoitola ja fysioterapiapalvelut keskitetään Enon terveysasemalle, mutta palveluita järjestetään väestön tarpeiden mukaan myös Uimaharjun sivuterveysasemalla. Haja-asutusalueella fysioterapiapalveluita tarjotaan kysynnän mukaan. Liikkumista pyritään edistämään lisäämällä haja-asutusalueen asiointipalveluita ja ikääntyneiden kotihoidon palveluita. (Joensuun kaupunki 2011, 30–34, 37.)

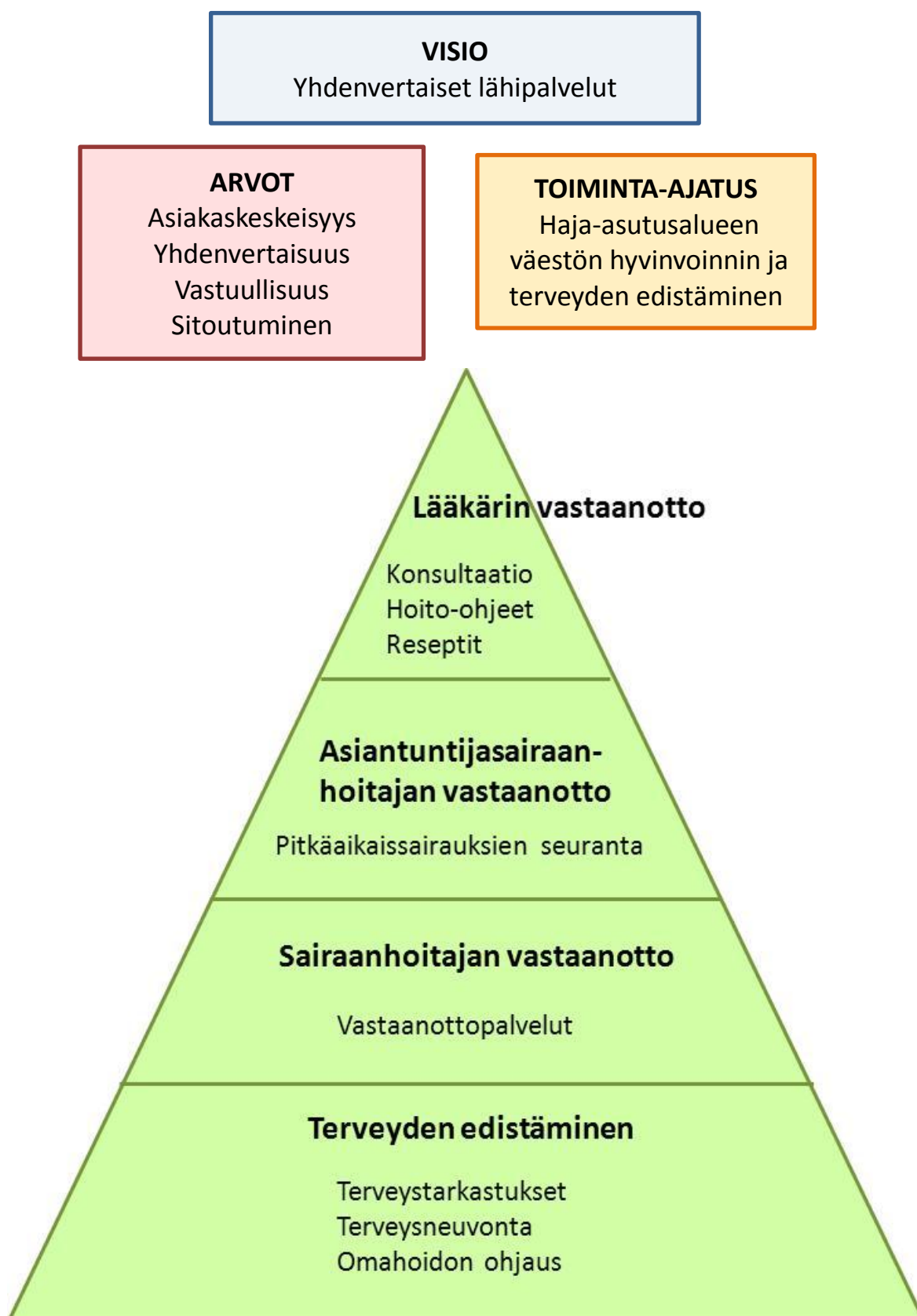
7.5 Malli sairaanhoitajan liikkuvasta vastaanottopalvelusta

Malli sairaanhoitajan liikkuvasta vastaanottopalvelusta (kuvio 1) perustuu haastatteluista saatuihin tietoihin, Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen strategiaan (2009), Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palveluverkkosuunnitelmaan (2011) sekä olemassa oleviin liikkuviin terveysterveyspalveluyksiköihin. Malliehdotuksessa toiminnan tarkoituksena on tuottaa tehokkaita, asiakaslähtöisiä ja asiantuntevia perusterveydenhuollon lähipalveluita haja-asutusalueen väestölle. Mallissa korostuvat terveyden edistämisen näkökulma, moniammatillisuus, asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ja hoitaminen, asiakaslähtöisyys ja esteettömyys. Lisäksi toimintaa voidaan joustavasti kehittää ja muokata paikallisiin tarpeisiin soveltuvaksi.

Vastaanottopalveluiden tuottamisen keskeisin osa-alue on terveyden edistämiseen tähtäävä toiminta, kuten terveystarkastukset, neuvonta ja omahoidon ohjaus. Sairaanhoitajan liikkuvassa vastaanottopalvelussa työskentely perustuu työpari- ja tiimityöskentelyyn. Moniammatillisuus myös korostuu, sillä liikkuvassa terveysterveyspalveluyksikössä työskentelee sairaanhoitajan (terveydenhoitajan) lisäksi tarpeen mukaan eri alojen asiantuntijoita, kuten lähihoitajia, asiantuntijajäsairaanhoitajia, lääkäri, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Lisäksi liikkuvassa palveluyksikössä voidaan myös kuljettaa apuvälineitä niitä tarvitseville.

Sairaanhoitajan (terveydenhoitajan) vastaanottotoiminta käsittää yleisimmät sairaanhoitajan vastaanottopalvelut pienistä toimenpiteistä jatkohoitoon ja sen ohjaukseen. Sairaanhoitajan vastaanotolta saa lisäksi tietoa terveellisistä elämäntavoista, sairauksien ennaltaehkäisystä ja sairauksien omahoidosta. Asiantuntijajäsairaanhoitajan vastaanottotoiminta keskittyy pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen, reuman, sydän- ja verisuonisairauksien, astman, sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitamiseen, seurantaan ja omahoidon ohjaukseen. Lääkärin vastaanotto- ja konsultaatiopalvelut tukevat sairaanhoitajaa omassa työssään antamalla hoito-ohjeita ja lääkemääräyksiä.

MALLI SAIRAANHOITAJAN LIIKKUVASTA VASTAANOTTOPALVELUSTA



Kuvio 1. Sairaanhoitajan liikkuvan vastaanottopalvelun tuottaminen.

Terveydenhuoltohenkilökunnan työtä ohjaavat terveyden edistämisen periaatteet, jolloin asiakkaille annetaan tarpeen mukaan terveysterveystietoa ja omahoito-ohjausta. Sairaanhoitajan (terveydenhoitajan) toimenkuvaan kuuluvat asiakkaan hoidontarpeen arviointi, tutkimusten tekeminen, määrääminen ja tulkitseminen, pienten toimenpiteiden tekeminen, jatkoseurannan suunnittelu ja toteutus sekä sairaslomatodistuksen antaminen. Lisäksi sairaanhoitaja (terveydenhoitaja) tarvittaessa aloittaa lääkehoidon (rajatuissa tapauksissa), konsultoi lääkärinä ja ohjaa potilaan lääkärin tai asiantuntijasairaanhoitajan vastaanotolle. Asiantuntijasairaanhoitaja vastaa pitkäaikaissairaiden potilaiden Käypä hoitosuosituksen mukaisesta hoidosta ja sen seurannasta oman erikoisalansa mukaan. Lääkärinä konsultoidaan tarpeen mukaan, ja potilaan hoitosuunnitelma tehdään moniammatillisessa yhteistyössä lääkärin ja potilaan kanssa. Tarvittaessa lääkäri voi pitää vastaanottoa liikkuvassa palveluyksikössä sairaanhoitajatyöparin kanssa. Lähihoitajan tehtäväkuvaan kuuluu liikkuvan palveluyksikön kuljettaminen, ajanvarausten hoitaminen, asiakkaiden vastaanottaminen ja toimenpiteissä avustaminen. Sosiaalityöntekijä auttaa arjen ongelmissa (vuorovaihtusongelmat, elämän hallinta, ratkaisut, valinnat), kriisitilanteissa sekä toimeentuloon ja sosiaalietuisuuksiin liittyvissä kysymyksissä. Fysioterapeutti keskittyy asiakkaiden liikkumis- ja toimintakyvyn parantamiseen, opastaa apuvälineiden käytössä ja suunnittelee tarvittaessa yksilöllisen kuntoutusohjelman.

Sairaanhoitajan liikkuva vastaanottoyksikkö toimii tätä tarkoitusta varten suunnitellussa linja-autossa. Linja-autoon on rakennettu odotustila, vastaanottohuone, inva-wc, invahissi ja tutkimushuone (liite 5). Vastaanottoyksikössä liikkuminen on tehty mahdollisimman esteettömäksi, ja sisustuksessa on käytetty tilaa säästäviä ratkaisuja, kuten liukuovia sekä seinälle nostettavia tuoleja ja pöytiä. Välineistöä varataan mukaan tarpeen mukaan. Liikkuvassa vastaanottoyksikössä tarvittava hoito- ja tutkimusvälineistö käsittää seuraavan välineistön ja tarpeiston: stetoskoopin, happisaturaatiomittarin, lääkinnällisen hapen, imulaitteiston, nielutuubeja, hudsonmaskeja ja happiviiksejä, otsalampun, verenpainemittarin, defibrillaattorin ja ekg-laitteiston, hengityspalkeen, refleksivasaran, korvantutkimusvälineistön (otoskooppi, kertakäyttökärjet), kirurgiset veitset, haavanompe-luvälineet, tikkien, punkkien ja tikkujen poistoon tarkoitettua välineistön, katet-rointivälineet ja gynekologiset tutkimusvälineet sekä korvahuuhteluvälineistön.

Lisäksi tarvitaan kertakäyttövälineitä ja tarvikkeita haavanhoitoa, näytteen ottamista, suojaantumista ja ensiapua varten.

Sairaanhoitajan liikkuvassa vastaanottoyksikössä tarvittavia vieritestilaitteistolla suoritettavia tutkimuksia voisivat olla muun muassa virtsan kemiallinen seulontatutkimus liuskatutkimuksena, hemoglobiinin, verensokerin ja tulehdusarvon (CRP) mittaukset, hemolyyttisen A-ryhmän streptokokin osoittaminen nielunäytteestä ja hyytymistutkimus INR-arvon määrittämistä varten. Esimerkiksi virtsatietulehduksen ja nielutulehduksen (tonsilliitti) oireet ovat tavallisia vastaanotolle hakeutumisen syitä. Liikkuvassa vastaanottoyksikössä vieritesteillä alustavan tuloksen saa nopeasti. Mikäli vastaanotolle hakeutuu laskimotukosoireista tai rintakivusta kärsiviä asiakkaita, niin fibriinin d-dimeeri- ja troponiini-tutkimukset antavat lisätietoa tilanteesta myös jatkohoitoon lähettämistä ajatellen.

8 Pohdinta

8.1 Joensuun haja-asutusalueen perusterveydenhuollon haasteet

Joensuun haja-asutusalueella perusterveydenhuollon haasteet ovat pääpiirteissään samansuuntaisia kuin Joensuun alueella yleensäkin. Erityisiä haasteita ja kasvavia kustannuksia terveydenhuoltoon haja-asutusalueilla tuovat senioriväestön määrän kasvaminen, työllisten määrän väheneminen, korkea työttömyys, alkoholihaittojen kasvu, korkeahko sairastavuusindeksi sekä runsas mielialalääkkeitä käyttävien määrä (Joensuun kaupunki 2009, 6). Korkea sairastavuusindeksi liittyy sosioekonomisiin tekijöihin eli väestön sairastavuus on sitä korkeampi, mitä matalampi on väestön koulutusaste (Euroopan komissio 2011, 8; Terveys- ja hyvinvoinnin laitos & Työterveyslaitos 2011). Vuonna 2010 perusterveydenhuollon vastaanottokäyntejä oli Joensuussa vähemmän (Vainiolla & Vainikka 2011, 6–9; Joensuun kaupunki 2012ab) ja erikoissairaanhoidon hoitopäiviä enemmän kuin koko maassa keskimäärin (Rautiainen & Pelanteri 2011, 2). Alkoholihaittojen kasvamisen arvioidaan näkyvän juuri erikoissairaanhoidon kasvaneina kustannuksina (Joensuun kaupunki 2009, 6).

Väestön ikärakenteen sekä väestön koulutuksen ja työllisyyden perusteella haja-asutusalueella väestön sairastavuusindeksi saattaa olla vieläkin korkeampi kuin Joensuun alueella keskimäärin. Haja-asutusalueen väestön rakenne poikkeaa koko Joensuun väestörakenteesta, sillä haja-asutusalueiden väestö on vähemmän koulutettua ja keskimäärin vanhempaa kuin Joensuussa. Joensuun haja-asutusalueet ovat Pyhäselkää ja Kiihtelysvaaraa lukuun ottamatta väestötappioalueita (Joensuun kaupunki 2011, 30–33, 76–77). Väestötappioalueilla eläkeikäisten osuus väestöstä on suurempi ja työllisten osuus väestöstä pienempi kuin koko kaupungin alueella keskimäärin. (Joensuun kaupunki 2012a, 8–10; 2012b; 2012c). Joensuun haja-asutusalueiden tapainen kehitys on tyypillistä koko Suomen haja-asutusalueille: työikäiset ja lapsiperheet keskittyvät kaupunkien kehysalueille, kuten Pyhäselkään (Joensuun kaupunki 2011, 30–31, 76), kun taas kauempana harvaan asutulla maaseudulla, kuten Kiihtelysvaarassa, Tuupovaarassa, Uimaharjussa ja Enossa, yli 65-vuotiaiden määrä väestöstä kasvaa työikäisten määrän vähentyessä (Kaarna 2009, 5, 9–10; Joensuun kaupunki 2011, 31–33, 76–77; Ponnikas ym. 2011, 19).

Sairaanhoitajien haastatteluista selvisi, että haja-asutusalueen terveydenhuoltoon lisähaasteita tuo myös kansantautien (diabetes, astma, sydän- ja verisairaudet) sekä masennuksen ja päihdeongelmien yleistyminen. Keskeistä olisi neuvoa ja ohjata potilaita omahoitoon sekä järjestää terveyden seuranta perusterveydenhuollossa. Riittävän varhaisella neuvonnalla ja puuttumisella voidaan ehkäistä sairauden paheneminen ja siten vähentää kallista erikoissairaanhoidon tarvetta (Joensuun kaupunki 2009, 12; 2011, 5, 8).

Huolimatta suuresta terveystalouden tarpeesta, on lähiterveyspalveluiden tarjonta Joensuun haja-asutusalueella Pyhäselkää lukuun ottamatta tarpeeseen nähden riittämätöntä, ja välimatkat ovat paikoitellen pitkiä. Erityisesti päihdehuollon avopalveluita on haja-asutusalueilla niukasti tarjolla, ja palvelut ovat olleet hyvin hajanaisia (Zitting & Ilmarinen 2010, 22–23; Joensuun kaupunki 2011, 72–73). Monilla Joensuun haja-asutusalueella asuvalla on lähimpään terveyskeskukseen tai terveysasemalle matkaa 10–40 kilometriä, minkä suomalaiset arvioivat liian pitkäksi välimatkaksi (Zitting & Ilmarinen 2010, 20–23). Erityisesti huonokuntoiset kotona asuvat ikääntyneet tarvitsisivat useita lähelle tuota-

via terveys- ja sosiaalipalveluita selviytyäkseen arjesta (Kokko ym. 2009, 56–57; Zitting & Ilmarinen 2010, 20–23, 37–38).

8.2 Terveyspalveluiden kehittäminen haja-asutusalueella

Vaikka Suomen perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella suomalaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin, ei tämä käytännössä aina toteudu, sillä palveluiden saatavuus ja laatu vaihtelevat asuinkunnan ja sijainnin mukaan (Vuorenkoski 2008, 33, 137, 153; Kokko ym. 2009, 34). Joensuun haja-asutusalueella, kuten myös haja-asutusalueilla muualla Suomessa, palvelun tarjonta ei aina vastaa tarvetta (Kokko ym. 2009, 15; Zitting & Ilmarinen 2010, 11; Matthies ym. 2011, 10, 69–70). Syrjäseuduilla on myös harvoin julkista sektoria täydentäviä yksityisiä terveydenhuollon palveluita (Pekurinen 2010, 42–43; Matthies ym. 2011, 17).

Suomessa perusterveydenhuollon palveluiden on todettu heikentyneen ja väestön terveyserojen kasvaneen 2000-luvulla (Okko ym. 2007, 38; Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a). Uuden terveydenhuoltolain (1326/2010, 1.§, 10.§) yhtenä tavoitteena onkin eri väestöryhmien terveyserojen kaventaminen. Huolimatta uuden terveydenhuoltolain linjauksista, ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon on suunnattu entistä vähemmän voimavaroja (Matveinen & Knape 2012, 2–3). Sen sijaan vanhushpalvelujen tuottamiseen, työterveyshuoltoon, yksityiseen terveydenhuoltoon sekä erikoissairaanhoidon on jouduttu käyttämään vuosi vuodelta enemmän rahaa (Matveinen & Knape 2013, 1–4).

Eräänä syynä eriarvoistumiseen ja päällekkäisiin palveluihin pidetään monikanavaista rahoitusjärjestelmää, jossa terveydenhuollon rahoitusta suunnataan julkisten palveluiden lisäksi yksityiselle sektorille (Okko ym. 2007, 18; Pekurinen ym. 2010, 26, 90–91, 102). Monikanavaisesta rahoituksesta ovat hyötäneet yksityisiä terveyspalveluita, erityisesti työterveyspalveluita käyttävät ja kaupungeissa asuvat, kun taas perusterveydenhuollon varassa olevien ja haja-asutusalueilla asuvien palveluiden saatavuus on heikentynyt (Manderbacka ym.

2007, 182–184; Vuorenkoski ym. 2008, 38–39; Pekurinen ym. 2010, 40). Suomalaista terveydenhuoltoa onkin syystä arvosteltu epäoikeudenmukaisuudesta ja tehottomuudesta (OECD 2005; Rätty ym. 2005, 16–17, 23–24; Pekurinen ym. 2011, 33–34). Terveystenhuollossa tulevaisuuden haasteena on kuitenkin taata riittävät palvelut koko väestölle yhä niukemmilla resursseilla (Okko ym. 2007, 21; Kortelainen 2009, 27, 42). Tähän tavoitteeseen voidaan päästä suuntaamalla yhä suurempi osuus terveydenhuollon resursseista perusterveydenhuoltoon ja kehittämällä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä päällekkäisyyksien vähentämiseksi (Vuorenkoski ym. 2008, 153; Kokko ym. 2009, 36, 45) sekä panostamalla ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon (Manderbacka ym. 2007, 186, 190, 193–194).

Joensuun kaupunki on pyrkinyt tehostamaan haja-asutusalueiden palveluita esimerkiksi parantamalla terveydenhuollon palveluohjausta, ylläpitämällä haja-asutusalueiden terveysasemia sekä järjestämällä lääkäripalvelut omana toimintana mahdollisuuksien mukaan (Joensuun kaupunki 2009, 2–5; 2011, 5, 9, 12; 23–24, 30–34). Haja-asutusalueilla mielenterveys- ja päihdeongelmiin on pyritty puuttumaan tarjoamalla terveysasemilla psykiatrisen sairaanhoitajan palveluita ja muuta päihdeongelmaisten tarvitsemaan terveydenhoitoa lukuun ottamatta avohoidon päihdepalveluita sekä järjestämällä katkaisuhoidon terveyskeskussairaaloiden (Joensuun kaupunki 2011, 71–72; 2013a; 2013b; 2013c; 2013d; 2013e).

Joensuun kaupungin visiossa vuonna 2020 alueellisia terveyspalveluita järjestetään eri kaupunginosissa sekä haja-asutusalueilla mahdollisimman kattavasti. Nykyiset terveysasemat (Pyhäselkä, Kiihtelysvaara, Tuupovaara, Eno, Uimaharju) ja niiden toiminta säilytetään ennallaan. Sen sijaan Reijolan vastaanotto-toiminnasta, näyttö- ja fysioterapiapalveluluista sekä Heinävaaran hammashoitolasta luovutaan. (Joensuun kaupunki 2011, 30–33.) Vaikka terveysasemien toiminta säilyykin haja-asutusalueella nykyisellään, on terveyspalveluita edelleen liian vähän tarjolla kysyntään nähden. Sairaanhoitajien haastatteluiden perusteella tämä on nähtävissä muun muassa ilman ajanvarausta toimivien vastaanottojen ruuhkautumisena ja lääkärin vastaanottoaikojen saamisena vasta viikkojen päähän. Esimerkiksi Tuupovaaran alueella matka

terveysasemalle voi olla jopa 40 kilometriä. Pitkä matka saattaa taas lisätä kynnystä hakeutua hoitoon riittävän ajoissa. Lähipalveluna toimivat matalan kynnyksen vastaanottopalvelut, jonne voi hakeutua ilman ajanvarausta, voivat vähentää terveyskeskusten ja päivystyksen kuormittumista.

8.3 Sairaanhoitajan roolista haja-asutusalueilla

Sairaanhoitajilla on jo vuosikymmeniä ollut merkittävä rooli haja-asutusalueiden perusterveydenhuollossa. Lisäksi lääkäreiden huono saatavuus on lisännyt sairaanhoitajan merkitystä haja-asutusalueiden perusterveydenhuollossa. (Vuorenkoski ym. 2008, 107; Kokko ym. 2009, 14; Peltonen ym. 2010, 64–65.) Sairaanhoitajien haastattelut tukevat väitettä sairaanhoitajan roolin merkityksellisyydestä haja-asutusalueilla. Haja-asutusalueella vastaanotolla työskentelevän sairaanhoitajan työ on haasteellista, ja sairaanhoitajan on hallittava hyvien kliinisten taitojen lisäksi hyvät vuorovaikutustaidot, mielenterveys-, päihde-, vanhus- ja pitkäaikaishoitotyön osaaminen (Ruuti & Pyhälä-Liljeström 2010, 20–21). Haastatteluiden perusteella tuntuu siltä, että sairaanhoitajan työssä haja-asutusalueella paikallistuntemuksesta saattaisi olla hyötyä. Lähipalveluna toimivat sairaanhoitajien vastaanottopisteiden onkin todettu olevan haja-asutusalueiden asukkaille merkityksellisiä (Zitting & Ilmarinen 2010, 22–23; Laitinen 2010, 661, 665). Erityisen tärkeä olisi tukea ja ylläpitää vastaanottoja, joille voi tulla ilman ajanvarausta, sillä tällöin on mahdollista tavoittaa myös ne, joille vastaanottopalveluiden käyttäminen muutoin olisi vaikeaa (Daiski 2005, 30; Whelan ym. 2010, 78).

Sairaanhoitajien haastatteluista tekemiemme johtopäätösten perusteella voi sanoa, että Joensuun haja-asutusalueella sairaanhoitajien vastaanottotoiminnassa korostuvat asiakaslähtöisyys, terveyden edistäminen, tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus. Asiakaslähtöisyys, terveyden edistäminen, tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus ovat yleisesti määriteltyjä vastaanottotoiminnan lähtökohtia Suomessa (Kesonen & Olkkonen 2012, 48). Näitä osa-alueita painotetaan myös Joensuun sosiaali- ja terveystoimen strategiassa (Joensuun kaupunki 2009, 7–8). Tässä opinnäytetyössä haastatellut sairaanhoitajat vaikuttivat ole-

van motivoituneita ja sitoutuneita työhönsä, heillä oli aito huoli alueensa väestöstä, hyvä kokonaiskuva asiakaskunnasta ja he pyrkivät kaikissa toimipisteissä tuottamaan palveluita asiakaslähtöisesti ja laadukkaasti. Lääkäreiden saatavuus on haja-asutusalueella ollut ongelmallista, ja siksi sairaanhoitajille on siirretty monia lääkäreille ennen kuuluneita tehtäviä (Kokko ym. 2009, 14; Peltonen, ym. 2010, 64–65). Tämän vuoksi on perusteltua, että suuri osa vastaanottotoiminnasta perustuisi sairaanhoitajan vastaanottopalveluun. Kuitenkin vastaanotolla työskentelevä sairaanhoitaja tarvitsee työssään laaja-alaisen osaamisen lisäksi mahdollisuutta konsultoida lääkäriä (Kesonen & Olkkonen 2010, 27; Vallimies-Patomäki 2010, 130, 136). Nykyisin useimmissa kaupungeissa ja kunnissa, myös Joensuussa, monien pitkäaikaissairauksien hoito ja seuranta on sairaanhoitajan vastuulla (Vuorenkoski ym. 2008, 107; Joensuun kaupunki 2011, 14–15).

8.4 Sairaanhoitajan liikkuva vastaanottopalvelu terveydenhuollon täydentävänä palveluna

Haja-asutusalueiden perusterveydenhuollon järjestämiseksi tulisi luoda uusia toimintamalleja (Matthies ym. 2011, 66–67, 70), sillä haja-asutusalueella ongelmana on pitkien välimatkojen lisäksi ammattitaitoisen terveydenhuollon henkilökunnan saatavuus (Okko ym. 2007, 21–24; Joensuun kaupunki 2009, 3; Pekurinen ym. 2010, 29; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a). Eräänä haja-asutusalueen terveydenhuollon uutena toimintamallina voisi olla sairaanhoitajan liikkuvan vastaanottopalvelun kehittäminen paikallisiin tarpeisiin. Keskeisimmät terveyspalvelut tulisi tuoda ikääntyneiden ja päihdeikäisten käyttäjien luokse. Tästä on muualta Suomesta ja Kanadasta hyviä kokemuksia. Liikkuvista terveyspalvelusta ovat hyötynneet erityisesti syrjäseutujen asukkaat, vanhukset, palveluita runsaasti käyttävät sekä päihdeongelmaiset. (Daiski 2005, 30; Whelan ym. 2010, 78; Liikkuva palveluyksikkö Mallu 2012, Tampereen kaupunki 2013.)

Tässä opinnäytetyössä kehitelty malli sairaanhoitajan liikkuvasta vastaanottopalvelusta perustuu terveyden edistämisen näkökulmaan, moniammatilliseen työskentelyyn sekä asiakaslähtöiseen lähestymistapaan. Sairaanhoitajan työssä

terveyskeskeistä, kokonaisvaltaista ja asiakaslähtöistä ajattelutapaa pidetään tärkeänä (Sairaanhoitajaliitto 2012a). Manderbackan ym. (2007, 186, 190, 193–194) mukaan hyvin järjestetty terveydenhuolto, jossa myös terveyden edistämiseen on suunnattu riittävästi voimavaroja, vähentää pitkällä aikavälillä väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä erikoissairaanhoidon kustannuksia. Vaikka perusterveydenhuoltoa on kehitetty lukuisilla hankkeilla, ovat sekä rahoitukseen että rakenteisiin liittyvät kysymykset jääneet avoimiksi (Kokko ym. 2009, 16; Pekurinen ym. 2010, 3–5). Lisäksi uuden kuntauudistuksen tavoitteina tuotettavat palvelut (Valtiovarainministeriö 2012) on tulevaisuudessa tuotettava yhä vähäisemmillä resursseilla (Okko ym. 2007, 21–24; Pekurinen ym. 2010, 29; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a). Näihin haasteisiin sairaanhoitajan liikkuva vastaanottopalvelu voisi tarjota harkinnan arvoisen ratkaisun (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 9).

Joidenkin tätä opinnäytetyötä varten haastateltujen sairaanhoitajien mielestä sairaanhoitajan liikkuvalla vastaanotolle ei ole tarvetta. He perustelivat näkökantojaan muun muassa kohtuullisilla etäisyyksillä, hyvin toimivalla julkisella liikenteellä, nykyisten palveluiden riittävyydellä sekä kulurakenteella ja tiedonsiirto-ongelmilla. Kuitenkin osa haastateltavista näki liikkuvan vastaanottopalvelun täydentävänä ja asiakasystävällisenä palveluna, joka voisi vähentää terveysaseman kuormittumista. Esimerkiksi Enon ja Uimaharjun alueella sairaanhoitajan liikkuvalla vastaanottopalvelulle voisi sekä pitkien välimatkojen että asiakaskunnan helpomman tavoitettavuuden vuoksi olla tarvetta. Liikkuvasta palveluyksiköstä voisi haastateltavien mielestä tarjota esimerkiksi päihdehuoltopalveluita, kesäaikaan täydentäviä terveyspalveluita, ja se voisi soveltua kotisairaanhoidon rinnalle täydentäväksi palveluksi. Välimatkojen perusteella sairaanhoitajan liikkuva vastaanottopalvelu voisi parhaiten soveltua Enon ja Uimaharjun sekä Kiihtelysvaaran ja Tuupovaaran alueille. Näiden alueiden syrjäisimmistä osista on pitkä matka terveysasemalle. Sen sijaan Pyhäselän alueelle liikkuva sairaanhoitajan vastaanottopalvelu ei toisi lisäarvoa lyhyiden etäisyyksien vuoksi.

Liikkuvia terveyspalveluita kannattaisi kokeilla Joensuun haja-asutusalueella, sillä palveluiden tuottaminen on mahdollista kustannustehokkaasti vähäisin tilakustannuksin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 9). Lisäksi liikkuva terveys-

palvelu mahdollisesti vähentäisi sairaanhoidon matkakorvauksia. Vaikka matkakorvaukset eivät näy suoraan kuntien taloudessa, matkakorvauksiin käytetty raha on pois muusta valtion rahoittamasta terveydenhuollosta, kuten esimerkiksi perusterveydenhuollon järjestämisestä. Julkisesti rahoitettuja menoja tulisi tarkastella kokonaisuutena, eikä siirrellä kustannuksia eri julkisten sektoreiden välillä. Tässä opinnäytetyössä tehtyjen selvitysten perusteella sairaanhoitajan liikkuva vastaanottopalvelu voisi esimerkiksi toimia ikääntyneiden terveyttä edistävänä ja ennaltaehkäisevänä vanhusneuvolana, mille etenkin Enon ja Uimaharjun alueella olisi tarvetta. Lisäksi liikkuva vastaanottopalvelu soveltuisi täydentämään avohuollon päihdepalveluita, ennaltaehkäisevään päihdetyöhön sekä terveyden edistämiseen.

8.5 Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu

Opinnäytetyö toteutettiin parityöskentelynä. Parityönä tehty opinnäytetyö oli haastava tehdä, sillä ihmisten erilainen ajankäyttö, kiinnostus, vahvuudet ja työskentelytapa aiheuttivat ajoittain ongelmia työn edistymisessä. Parityöskentelyssä oli kuitenkin omat hyvät puolensa, sillä kirjoittamista voitiin osittain jakaa ja molempien vahvuuksia hyödyntää, esimerkiksi toisen vastuulle tuli pohjapiirustusten ja esityksen laatiminen, kun taas toinen viimeisteli kirjoitustyön. Eniten ongelmia aiheutti kuitenkin ajankäytön priorisointi opinnäytetyön kirjoitusvaiheessa ja yhteisen ajan vähäisyys.

Menetelmiä tarkasteltiin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen arviointikriteereillä. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena tutkimuksena, sillä tavoitteena oli kartoittaa sairaanhoitajan vastaanottopalveluiden nykytilaa ja selvittää liikkuvien terveystalveluiden soveltumista täydentäväksi terveydenhuollon palveluksi. Toiminnallinen tutkimus soveltui aiheeseen hyvin, sillä liikkuvasta perusterveydenhuollon vastaanottopalvelusta ei aiemmin ollut kehitetty mallia (ks. Vilka & Airaksinen 2003, 9; Candy 2006; 1–3). Opinnäytetyössä tutkimuskäytäntöjä sovellettiin vapaasti, aineistoa ei analysoitu tarkasti eikä haastatteluita litteroitu, mikä sopi hyvin toiminnallisen opinnäytetyön ideaan (ks. Vilka & Airaksinen 2003, 9, 64; Candy 2006; 1–3).

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin myös teemahaastattelua, joka toteutettiin puolistrukturoituna haastatteluna ja kysymykset kohdennettiin tiettyihin teemoihin. Teemahaastattelu sopi opinnäytetyön toteuttamiseen hyvin, sillä haastattelun avulla saatiin arvokasta tietoa ja näkemyksiä haja-asutusalueen terveyspalveluista ja niiden kehittämisestä. Lisäksi haasteltavat kertoivat asioista avoimesti, vapautuneesti ja vuorovaikutus haastattelutilanteessa onnistui hyvin. (ks. Hirsjärvi & Hurme 2008, 34–37, 47–48; Hirsjärvi ym. 2009, 208). Haastatteluvastauksiksi valikoitui sosiaalisia, avoimia, puheliaita ja vuorovaikutustaitoisia sairaanhoitajia, minkä vuoksi haastattelut oli helppo tehdä ja kaikkiin teemoihin saatiin vastukset. Haastatteluissa pysyttiin kuitenkin hyvin asiassa ja aikataulussa. Tässä työssä teemahaastattelut toimivat päättelyn ja perusteluiden tukena (ks. Vilkkä & Airaksinen 2003, 64).

8.6 Opinnäytetyön luotettavuus

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön luottavuutta arvioitiin kvalitatiivisen tutkimuksen kriteerein, joita ovat dokumentaatio tai arvioitavuus, luotettavuus, tulokinnan ristiriidattomuus ja saturaatio (Kananen 2010, 69–71). Työssä käytetyt ratkaisut pyrittiin perustelemaan, päivämäärät ja haastattelut dokumentoitiin huolellisesti, vaikka päiväkirjaa ei opinnäytetyöstä pidettykään. Haastatteluiden tukena käytettiin kirjallista, aiemmin kartoitettua tietoa aiheesta, mikä vahvisti haastattelemalla saatuja tuloksia ja siten lisäsi tutkimuksen luotettavuutta (ks. Eskola & Suoranta 2000, 211–212).

Lähteet valittiin kriittisesti ja lähteinä käytettiin virallisia lähteitä. Lähteitä käytettiin runsaasti ja ne pyrittiin valitsemaan kattavasti ja aineistoon soveltuen. Lähteitä olisi voinut kuitenkin olla vähemmän, mutta ne olisivat voineet olla laajempia ja perusteellisempia, jotta kokonaisuus olisi ollut eheämpi. Runsaita lähteitä käyttämällä on yritetty yhdistää hajanaista tietoa suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Lähdeaineisto koostui pääosin tuoreista suomalaisista primäärilähteistä. Ulkomaisia lähteitä käytettiin niukasti asian paikallisuuden ja julkaisujen maksullisuuden vuoksi, mutta ulkomaiset lähteet esimerkiksi terveydenhuollon rahoituksesta, kehittämisestä ja toimivuudesta olisivat voineet tuoda työhön laajemman

ja syvällisemmän näkökulman. Toiminnallisen opinnäytetyön lähteissä keskeistä on kuitenkin niiden korkea laatu (Vilkkä & Airaksinen 2003, 76) ja lähteiden tuoreus (Hirsjärvi ym. 2009, 113–114).

Laadullisessa tutkimuksessa ominaista on hypoteesittomuus eli tutkimukseen ei liitetä tutkimusongelmaa kuvaavaa väitettä, vaan tutkimusongelmaa lähestytään ilman ennakko-oletuksia. Tämä edellyttää sitä, ettei tutkimuksen tekijöillä ole ennakkoasennetta tutkimusaiheeseen, eivätkä ennakkoasenteet saisi vaikuttaa tuloksiin tai analyysiin. Käytännössä ihmisillä yleensä on asioista ennakkokäsityksiä. (Eskola & Suoranta 2000, 19–20.) Tässä opinnäytetyössä tekijöillä oli ennakkoasenteita selvitettävää asiaa kohtaan, sillä liikkuvien terveyspalveluiden oletettiin olevan erinomainen ratkaisu haja-asutusalueiden terveyspalveluiden tuottamiseen. Haastatteluiden ja selvitysten perusteella jouduttiin kuitenkin toteamaan, että haja-asutusalueen terveyspalveluiden tuottamiseen liittyvät ongelmat ovat monimutkaisia ja yhtä oikeaa tai ainoa tapaa tuottaa palveluita ei ole. Lisäksi jouduttiin pohtimaan liikkuviin terveyspalveluihin liittyviä haasteita ja ongelmia.

Teemahaastatteluissa pyrittiin tilanteeseen, jossa haastateltavan oli helppo kertoa mielipiteitään ja kehittämisehdotuksia, mikä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta (ks. Vilkkä & Airaksinen 2003, 64; Hirsjärvi & Hurme 2008, 66–67). Sen sijaan varsinaista koehaastattelua ei tehty, vaikka koehaastattelun tiedettiin lisäävän haastattelututkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 72). Teemahaastattelurungosta pyydettiin etukäteen palautetta valmistavalta sairaanhoitajalta, haastateltavien lähiesimiehiltä ja haastateltavilta. Valmistuvan sairaanhoitajan kommenttien perusteella kustannuksiin liittyvien kysymysten arvioitiin olevan vaikeita sairaanhoitajille, sen sijaan lähiesimiehet ja haastateltavat eivät kommentoineet teemahaastattelurunkoa. Haastatteluiden aikana pyrittiin varmistamaan, että haastateltavat ymmärsivät kysymykset ja haastatteluiden perusteella kirjoitettu teksti luetettiin kertaalleen haastateltavilla. Tulosten ristiriidattomuus lisää tulosten oikeaa tulkintaa (Kananen 2010, 69–71).

Haastattelu tiedon hankinnan välineenä oli haastava erityisesti haastatteluiden luotettavuuden kannalta. Haastatteluissa oli vaarana, että haastateltava pyrki

antamaan työnantajaa miellyttäviä vastauksia. Haastattelutilanteet rauhoitettiin siten, että haastatteluista kolme tehtiin haastateltavan työhuoneessa ja yksi puhelinhaastatteluna. Huolimatta haastateltavien vähäisestä määrästä, aineistoa kertyi runsaasti ja vastaukset tutkimusongelmiin saatiin melko kattavasti. Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa käytetty saturaatio eli kylläisyyskriteeri, jossa haastateltavien vastauksissa samat asiat alkavat toistua, ei kuitenkaan kaikilta osin täytynyt, sillä haastateltavien vastaukset vaihtelivat kysyttäessä liikkuvan palvelun soveltumisesta alueelle (ks. Kananen 2010, 69–71). Haastateltavien määrä osoittautui liian pieneksi tärkeimmän kysymyksen kannalta.

8.7 Opinnäytetyön eettisyys

Lähtökohtana opinnäytetyössä tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Opinnäytetyöhön liittyviä eettisiä kysymyksiä olivat muun muassa haastateltavien henkilöllisyyden pysyminen salassa, omien tai lähiesimiehen ennakkokäsitysten vaikutus vastauksiin ja mitä haastatteluista saa julkaista. Työn luonteen ja haastateltavien vähäisen määrän vuoksi haastateltavien henkilöllisyys oli kuitenkin arvattavissa. Haastateltavilta kysyttiin lupa haastatteluiden julkaisemiseen, ja haastattelun käsikirjoitus lähetettiin haastelluille ennen opinnäytetyön julkaisemista sähköpostitse. Haastatellut saivat tehdä käsikirjoitukseen muutoksia ennen opinnäytetyön julkaisemista.

Haastateltavan itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin siten, että haastateltava sai halutessaan vastata niihin kysymyksiin, joihin hän halusi. Haastateltavalle kerrottiin haastattelun alussa, että kaikkiin kysymyksiin ei tarvitse vastata. Haastateltavan ohjailua haastattelutilanteessa pyrittiin tietoisesti välttämään. Haastatteluihin kysyttiin etukäteen suostumus, ja haastattelukysymykset lähetettiin etukäteen haastateltaville, sillä tällä haluttiin estää haastateltavien mahdollinen manipulointi (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 25). Muita opinnäytetyössä huomioonotettavia eettisiä seikkoja olivat rehellisyys ja avoimuus tuloksia esiteltäessä, eettisesti kestävät tiedonhankintamenetelmät, muiden tutkijoiden saavutusten huomioiminen tästä aiheesta, tutkimusryhmän jäsenten osuudet ja tutkimustulosten omistajuuden kirjaaminen tutkimuslupaun (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 24). Tiedonhan-

kinnassa ja kirjoittamisessa pyrittiin noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6–7).

8.8 Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu

Karelia ammattikorkeakoulun mukaan ammattikorkeakoulun tutkinnon opinnäytetyö on laaja opintokokonaisuus ja oppimisprosessi. Hoitotyön koulutusohjelmassa tehtävät opinnäytetyöt voivat olla tutkimuksellisia, toiminnallisia tai niiden yhdistelmiä. Opinnäytetyön tekeminen on oppimisprosessi, joka etenee ideointivaiheesta suunnitteluvaiheeseen kautta toteutus- ja viimeistelyvaiheeseen. Opinnäytetyöprosessin eteneminen on aina opinnäytetyökohtainen, ja prosessin aikana opiskelija kehittää ja tuo esille oppimiaan käytännön tietoja ja taitoja. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2013; Opinnäytetyöryhmä & Karelia-ammattikorkeakoulu 2013, 5–7, 8–9.)

Opinnäytetyön prosessin aikana tietämyksemme eri tutkimusmenetelmistä ja aineiston analysointitavoista on lisääntynyt. Erityisesti toiminnallisen opinnäytetyön ja teemahaastattelujen tekemisen osalta tiedot, taidot ja valmiudet ovat kehittyneet. Kykymme hyödyntää tutkittua tietoa on parantunut ja lisännyt ammatillisia valmiuksia tulevana sairaanhoitajina. Tämä opinnäytetyö on laajentanut näkemystämme Suomen terveydenhuollon järjestämisestä, perusterveydenhuollon toimintaympäristöstä ja Joensuun alueen väestön terveyshaasteista. Lisäksi käsityksemme sairaanhoitajuudesta on syventynyt eettisten kysymysten, hoidon kokonaisvaltaisuuden ja ammatillisuuden osalta. Oma asiantuntijuus perusterveydenhuollosta ja sairaanhoitajan vastaanottotoiminnasta on myös vahvistunut.

8.9 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat

Tämä opinnäytetyö antaa tietoa Joensuun haja-asutusalueen sairaanhoitajien vastaanottopalveluiden nykytilasta ja alueen terveyshaasteista. Aihetta voisi tutkia perusteellisemmin esimerkiksi selvittämällä kyselytutkimuksen avulla alueen

työnantajien, vastaanotolla työskentelevien sairaanhoitajien, vastaanottopalveluita käyttävien asiakkaiden sekä Joensuun terveystoimen esimiesten näkemyksiä ja kehittämisideoita haja-asutusalueen terveystalviteista. Lisäksi osaa kyselytutkimukseen osallistuneista voitaisiin haastatella teema- tai syvähaastattelun avulla. Eräs jatkotutkimus voisi olla sairaanhoitajan liikkuvan vastaanottoyksikön pilotti-hanke, jonka avulla selvitetään, onko liikkuvalla sairaanhoitajan vastaanottoyksikölle tarvetta Joensuun haja-asutusalueilla. Opinnäytetyössä kuvattu selvitys ja malli voidaan toteuttaa muillakin Suomen haja-asutusalueilla.

Opinnäytetyön tuotosta eli mallia vastaanottavan sairaanhoitajan liikkuvasta palvelusta voidaan työstää ja kehittää maaseudun kehittämishankkeena. Käytännössä mallin kokeilemista varten voidaan hakea kehittämisrahoitusta ja investointiavustusta. Liikkuvan terveystalviteen soveltumista haja-asutusalueen tarpeisiin voidaan kokeilla varsinaisen kolmivuotisen hankkeen avulla, jossa palvelun soveltuvuutta testataan rajatulla alueella. Kokeilua varten tähän tarkoitukseen varusteltu kulkuneuvo voidaan joko vuokrata tai ostaa, mikäli hanketuen lisäksi on mahdollista saada investointitukea. Hanke kannattaisi toteuttaa Joensuun kaupungin, kyläyhdistysten ja Karelia-ammattikorkeakoulun yhteishankkeena.

Tämän opinnäytetyön aikana selvisi, että Suomessa terveydenhuoltoa on pyritty kehittämään ja uudistamaan monien erilaisten hankkeiden avulla, mutta uudistusehdotusten tulokset ovat jääneet vähäisiksi. Tietoa terveydenhuollon rahoituksesta, järjestämisestä ja järjestämisvastuusta on tarjolla runsaasti. Kuitenkin tieto on hajanaista, ja useat tutkimukset ja selvitykset ovat olleet kapea-alaisia, eikä niissä ole huomioitu asiakkaiden näkökulmaa. Ennen uusia selvityksiä tulisi koota jo tutkittu tieto yhteen ja tehdä aiemmasta tutkimustiedosta syvällinen ja kattava synteesi. Tämä voisi olla kattava kirjallisuuskatsaus, joka toimisi pohjana terveydenhuollon kehittämishankkeille ja poliittiselle päätöksenteolle. Nykykäsitteiden mukaan kustannustehokkaiden ja laadukkaiden palveluiden kehittämisen ja tuottamisen tulisi lähteä asiakkaiden lähtökohdista sekä paikallistason tarpeesta.

Lähteet

- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994.
- Candy, I. 2006. Practice Based Research: A Guide. CCS Report: 2006-V1.0 November. Sydney: University of Technology.
- Daiski, I. 2005. The Health Bus: Healthcare for Marginalized Populations. Policy Politics Nursing Practice 6 (1), 30–38.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Euroopan komissio. 2011. Terveyserojen kaventaminen Euroopan unionissa. Työllisyys-, sosiaali- ja tasa-arvoasioiden pääosasto E4 ja Terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto C4. Luxemburg: Euroopan unioni.
- Hallituksen esitys 90/ 2010 eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.
- Helminen, V. & Ristimäki, M. 2007. Kaupunkiseutujen haja-asutusalueen väestö-muutokset Suomessa 1980–2005. Suomen ympäristö 2007:9. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Henkilötietolaki 523/1999.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Ilmarinen, K. 2009. Ennakkoluulottomuutta palveluihin terveyserojen kaventamiseksi. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä. http://www.maaseutupolitiikka.fi/teemaryhmat/hyvinvointipalvelut/ennakkoluulottomuutta_palveluihin_terveyserojen_kaventamiseksi.html. 24.10.2011.
- Jahren Kristoffersen, N. & Nortvedt, F. 2006. Sairaanhoidajan ja potilaan välinen suhde. Teoksessa Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (toim.), Hoitotyönperusteet. Helsinki: Edita, 15–29.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. 2006. Hoitotyöstä. Teoksessa Jahren Kristoffersen, Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (toim.), Hoitotyönperusteet. Helsinki: Edita, 139–188.
- Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Kohti asiantuntijuutta. Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveystoimialalla. Helsinki: WSOY.
- Joensuun kaupunki. 2009. Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen strategia 2009–2012. STLTK 13.10.2009 § 221.
- Joensuun kaupunki. 2010. Palveluverkkosuunnitelmien laatiminen Joensuun kaupungissa. Kaupunginvaltuusto 22.02.2010. <http://www.jns.fi/dman/Document.phx?documentId=au06310143347197&cmd=download>. 13.3.2013.
- Joensuun kaupunki. 2011. Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palveluverkkosuunnitelma. <http://www.jns.fi/dman/Document.phx?documentId=td12311103932638&cmd=download>. 20.9.2012.
- Joensuun kaupunki. 2012a. Joensuun taskussa. <http://www.jns.fi/dman/Document.phx?documentId=sq24312145054117&cmd=download>. 11.2.2013.
- Joensuun kaupunki. 2012b. Väestö. <http://www.jns.fi/dman/Document.phx?documentId=kf19812092106261&cmd=download>. 7.3.2013.

- Joensuun kaupunki. 2012c. Elinkeinot <http://www.jns.fi/dman/Document.phx?documentId=kw24612110613763&cmd=download>. 7.3.2013.
- Joensuun kaupunki. 2013a. Pyhäselän terveysasema tiedottaa. <http://www.jns.fi/Resource.phx/sivut/sivut-sosterveys/aikuis-yleiset/terveysasemat/vastaanotto-pyhaselka.htx>. 13.3.2013.
- Joensuun kaupunki. 2013b. Kiihtelysvaaran terveysasema. <http://www.jns.fi/Resource.phx/sivut/sivut-sosterveys/aikuis-yleiset/terveysasemat/vastaanotto-kiihtelysvaara.htx>. 13.3.2013.
- Joensuun kaupunki. 2013c. Tuupovaaran terveysasema <http://www.jns.fi/Resource.phx/sivut/sivut-sosterveys/aikuis-yleiset/terveysasemat/vastaanotto-tuupovaara.htx>. 13.3.2013.
- Joensuun kaupunki. 2013d. Enon terveysasema. <http://www.jns.fi/Resource.phx/sivut/sivut-sosterveys/aikuis-yleiset/terveysasemat/vastaanotto-eno.htx>. 13.3.2013.
- Joensuun kaupunki. 2013e. Uimaharjun terveysasema. <http://www.jns.fi/Resource.phx/sivut/sivut-sosterveys/aikuis-yleiset/terveysasemat/vastaanotto-uimaharju.htx>. 13.3.2013.
- Joensuun seudun Leader-yhdistys. 2007. Hyvän elämisen maaseutu - kehityksen kierteitä muutosten pyörteissä. Joensuun seudun Leader – ohjelma 2007-2013. <http://maakaista.fi/images/Joensuun%20seudun%20Leader%20toimintatapaohjelma.pdf>. 20.11.2012.
- Joensuun seudun Leader-yhdistys. 2012. Hyvän elämisen maaseutu! <http://maakaista.fi/joensuun-seutu>. 19.1.2012.
- Jylhäsaari, J. 2009. Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? Vaasan yliopisto. Hallintotieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Acta Waasensia 212.
- Kaarna, A. 2009. Väestön hyvinvointi alueilla – tilastollinen katsaus. TEM - analyysija 2009: 17. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Kanste, O., Holappa, M., Miettinen, K., Rissanen, A. & Törmänen, L. 2010. Monisairaille oma palveluohjaaja terveysasemalta – kohti hyvää elämää. Teoksessa Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (toim.), Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy, 51–62.
- Karelia-ammattikorkeakoulu 2013. Painoalat ja vahvuudet. <http://www.karelia.fi/tki-ja-palvelut/tutkimus-ja-kehitys/painoalat-ja-vahvuudet>. 13.2.2013.
- Kesonen, P. & Olkkonen, S. 2012. Vastaanottohoitajan osaamisvaatimukset perusterveydenhuollossa – poliklinikkatoiminnasta kokonaisvaltaiseen asiakkaan kohtaamiseen. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Terveiden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK. Opinnäytetyö.
- Kokko, S., Peltonen, E. & Honkanen, V. (toim.) 2009. Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä. Avauksia 2009:13. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos.
- Kortelainen, R. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu ja uusi alueellinen palvelurakenne. Nykytilan arviointia, kehityslinjoja ja perusteluja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.stm.fi/c/>

- document_library/get_file?folderId=42734&name=DLFE-12705.pdf .
14.3.2013.
- Kuhmon Lääkäripalvelu. 2010. MRI (magneettirekka). <http://www.kuhmonlaakaripalvelu.fi/mri-kuvaukset>. 5.1.2012.
- Kymijoen kaupunki. 2011. Terveystenhuollon palveluverkkoehdotus 25.4.2011. Kouvolan terveystenhuollon palveluverkkoehdotus, Ratamo-hanke. http://www.kouvola.fi/material/attachments/kotepa-hanke/newfolder_121/62LnX8eKj/Perusturvalautakunta_15.6.2011.pdf. 24.10.2011.
- Kähkönen, E. 2012. Päihdehoitajat tulivat terveystenhuollon keskukseseen. Sairaanhoidaja 85 (4), 25–26.
- Laitinen, T. 2010. Arjen turvallisuus harvaan asuttujen alueiden uutena politiikkana. Yhteiskuntapolitiikka 75 (6), 659–669.
- Laki kunnan perustenhuollon valtionosuudesta 1704/2009.
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki sosiaali- ja terveystenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992.
- Laki terveystenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999.
- Lehto, B., Natunen, S. & Heiskanen, S. 2012. Ikäihmiset ideoivat. Sairaanhoidaja 85 (11), 30–35.
- Leppänen L. 2010. Vastaava sairaanhoidaja. Joensuun kaupunki, perusterveystenhuollon päivystys. Haastattelu 19.3.2010.
- Liikkuva palveluyksikkö Mallu. 2012. Mallu menee kylille. <http://www.eksote.fi/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=1027&NakymaID=46>. 24.2.2012.
- Luoma, O., Vikberg-Aaltonen, P., & Kukkola, S. 2012. Asiantuntijahoitajat vahvistavat hoitotyötä perusterveystenhuollossa. Sairaanhoidaja 85 (1), 28–31.
- Lähteenmäki-Smith, K. & Terävä, E. 2012. Sosiaali- ja terveystenhuollon Kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) 2008–2011 arviointi. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveystenministeriön julkaisuja 2012:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveystenministeriö.
- Manderbacka, K., Häkkinen, U., Nguyen, L., Pirkola, S., Ostamo, A. ja Keskimäki, I. 2007. Terveystenhuollon palvelut. Teoksessa Palosuo, Koskinen, Lahelma, Prättälä, Martelin, Ostamo, Keskimäki, Sihto, Talala, Hyvönen ja Linnanmäki (toim.), Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveystenhuollon muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveystenministeriön julkaisuja 23. Helsinki: Sosiaali- ja terveystenministeriö, 179–196.
- Matthies, A.-L., Kattilakoski, M. & Rantamäki, N. 2011. Maaseudun hyvinvointipalvelujen kehittäminen kansalaisosallistumisen ja yhteisöllisyyden pohjalta. KAMPA -hankkeen Tutkimus- ja kehittämisraportti I. Maaseutupolitiikan yhteistyö-ryhmän julkaisuja 2011: 9. Helsinki: Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä.
- Matveinen, P. & Knape, N. 2012. Terveystenhuollon menot ja rahoitus 2010. Suomen virallinen tilasto. Terveystenhuollon 2012. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos.
- Matveinen, P. & Knape, N. 2013. Terveystenhuollon menot ja rahoitus 2011. Suomen virallinen tilasto. Terveystenhuollon 2013. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos.

- OECD. 2005. OECD urges Finland to improve its health system. <http://www.oecd.org/finland/35817834.pdf>. 1.2.2013.
- Okko, P., Björkroth, T., Koponen, A., Lehtonen, A. & Pelkonen, E. 2007. Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat. Kunnat ja kilpailu-sarja 2007:2. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö, KAKS.
- Opinnäytetyöryhmä. 2011. Opinnäytetyön ohje. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Opinnäytetyöryhmä & Karelia-ammattikorkeakoulu. 2013. Opinnäytetyön ohje. Karelia- ammattikorkeakoulu.
- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P. M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. & Vuorenkoski, L. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Raportti 2011:4. Helsinki: Terveys ja Hyvinvoinnin laitos.
- Peltonen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M. & Elonheimo, O. 2010. Uusi toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan. Teoksessa Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (toim.), Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy, 63–73.
- Ponnikas, J., Korhonen, S., Kuhmonen, H-M., Leinamo, K., Lundström, N., Rehunen, A. & Siirilä, H. 2011. Maaseutukatsaus 2011. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmän julkaisuja 2011:3. Helsinki: Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä.
- Rautiainen, H. & Pelanteri, S. 2011. Somaattinen erikoissairaanhoito 2010. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2011. Helsinki: Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.
- Rikoslaki 39/1889.
- Ruuti, K. & Pyhälä-Liljeström, P. 2010. Päivystyshoidolle selkeät toimintamallit. Sairaanhoitaja 83 (12), 20–21.
- Räty, T., Luoma, K., Aaltonen, J. & Järviö, M.-L. 2005. Productivity and its drivers in Finnish primary Care 1988-2003. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Sairaanhoitajaliitto. 2012a. Sairaanhoitajan työ. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/. 20.4.2012.
- Sairaanhoitajaliitto. 2012b. Sairaanhoitajan ammatin harjoittamisoikeus. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/ammatin_harjoittamisoikeus/ 20.4.2012.
- Sairaanhoitajaliitto. 2012c. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. 20.4.2012.
- Silmo. 2011. Liikkuva silmätutkimusyksikkö. Suomen silmähoitajat. Koulutusliite. 6.10.2010. <http://www.suomensilmahoitajat.com/liitteet/koulutuspaiivat/2010/silmo.pdf>. 28.2.2012.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). 2011. Vanhusten hoidon laatu terveyskeskusten vuodeosastoilla. Vuoden 2010 kyselyn tulokset. Selvityksiä 2011:1. Helsinki: Valviran ja aluehallintovirastojen työryhmä, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015–kansanterveysohjelma. Esitteitä 2001:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystalouden strategia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010b. Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011a. Sosiaali- ja terveyspalveluita koskeva lainsäädäntö. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/lainsaadanto. 14.1.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011b. Palvelujen menot ja rahoitus. http://www.stm.fi/stm/toiminta_ja_talous/palvelujen_menot. 21.11.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011c. Sosiaali- ja terveydenhuollon aluekokeilu. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/paras/sote. 21.1.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a. Palvelurakenneuudistus osana kuntauudistusta. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus/paras. 26.9.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Sosiaali- ja terveyspalvelut. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut. 26.9.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012c. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste). http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste. 28.9.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012d. Toimiva terveyskeskus toimenpideohjelma. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/toimiva_terveyskeskus. 12.12.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012e. Terveys 2015–kansanterveysohjelma. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015. 12.12.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministerin julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suomen perustuslaki 731/1999.
- Tampereen kaupunki. 2013. Terveystyö. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/ennaltaehkaisevatyo/terveystyö.html>. 7.2.2013.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Työterveyslaitos. 2011. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen Suomessa. TEROKA. <http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=38&Itemid=69>. 28.9.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Paras-hanke on monipuolistanut sosiaalipalveluita, mutta hankaloittanut saavutettavuutta. Julkaistu 29.11.2011. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=27743. 28.9.2012.
- Tilastokeskus. 2012. Väestöennuste 2012 iän ja sukupuolen mukaan alueittain 2012 – 2040. <http://193.166.171.75/Dialog/Saveshow.asp>. 6.2.2013.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki.

- Vainiola, T. & Vaikikka, S. 2011. Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vallimies-Patomäki, M. 2010. Sairaanhoidajan uudistuva rooli perusterveydenhuollossa. Teoksessa Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (toim.), Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy, 127–140.
- Valtiovarainministeriö. 2012. Kunta- ja palvelurakennemuutos.
http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_uusi_paras/index.jsp.
28.9.2012.
- Vaske. 2012. VASKE-hanke. <http://vaskehanke.blogspot.com/>. 20.4.2012.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus.
- Vuorenkoski L., Mladovsky, P. & Mossialos, E. 2008. Finland: Health system review. Health Systems in Transition. 2008: 10(4). Kööpenhamina: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Whelan, C., Chambers, C., Chan, M., Thomas, S., Ramos, G. & Hwang, S.W. 2010. Why Do Homeless People Use a Mobile Health Unit in a Country With Universal Health Care? Journal of Primary Care & Community 1 (2), 78–82.
- Zitting, J. & Ilmarinen, K.. 2010. Missä on lähipalvelu? Lähipalvelukäsitteen määrittely ja käyttö julkisissa asiakirjoissa. Raportti 2010: 43. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Joensuun seudun Leader-yhdistys
Toimeksiantajan edustaja:	Antero Lehtikoinen
Osoite:	Niskakatu 4A
Puhelinnumero:	040 5086416
Sähköposti:	antero.lehtikoinen@joensuu-leader.net

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1000050 Hokkanen Päivi 1000056 Paasonen Hanna-Riikka
Puhelinnumero:	0504143197/Päivi ja 0458736116/Hanna
Sähköposti:	Paivi.Hokkanen@edu.pkamk.fi Hanna- Riikka.Paasonen@edu.pkamk.fi

Toimeksiantajan sitoumukset

Opiskelijan sitoumukset
Yksi kappale valmiista opinnäytetyöstä tulee toimittaa sosiaali- ja terveysvirastoon

Opinnäytetyön ohjaus PKAMK:ssa	
Ohjaaja(t):	Kankkunen Haija

Opinnäytetyön julkisuus
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.

Allekirjoitukset	
Päiväys Joensuussa 28.2.2012	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Päivi Hokkanen Hanna Paasonen
Päiväys Joensuu 28.2.2012	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys Antero Lehtikoinen

Sosiaali- ja terveysvirasto
Torikatu 18
80100 JOENSUU
Puh. 013-2677111 (vaihe)
Telefax 013-267 4222

**ANOMUS SOSIAALI- JA TERVEYSVIRASTOSSA/TERVEYSKESKUKSESSA
SUORITETTAVAN TUTKIMUKSEN TEKEMISTÄ VARTEN**

Tutkimussuunnitelma anomuksen liitteenä

Tutkimuksen nimi ja tarkoitus: Terveyspalveluiden järjestäminen Joensuun haja-asutusalueella.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa terveyspalveluiden nykytilaa Joensuun haja-asutusalueella ja tutkia terveystieteen soveltumista yhdeksi haja-asutusalueen terveydenhoidon palveluksi.

Selvitys tutkimusaineistosta: Sairaanhoitajien haastattelut tehdään Tuupovaaran-, Kiihtelysvaaran-, Enon- ja Pyhäselän terveysasemilla. Ko. toimipisteissä toimivia sairaanhoitajia haastatellaan mm. terveyspalveluiden riittävydestä, toimivuudesta ja kehittämistarpeista.

Tutkimuksen alkamisaika ja kesto: Haastattelut suoritetaan helmikuun 2012 aikana. Tulosten analysointi huhti-toukokuu 2012.

Tutkimuksen suorittajat: Sairaanhoitaja opiskelijat Päivi Hokkanen ja Hanna Paasonen
Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma,
THAK10.
Tutkimuksen toimeksiantaja on Joensuun seudun Leader- yhdistys ry

Vastuuhenkilöt: Osastonhoitaja Maili Heiskanen, osastonhoitaja Riitta Pajarinen ja palvelupäällikkö Paula Puhakka

Päätös: Hyväksyn sairaanhoitaja opiskelijoiden Päivi Hokkanen ja Hanna Paasonen opinnäytetyöhön liittyvän sairaanhoitajien haastattelujen tekemisen Tuupovaaran-, Kiihtelysvaaran-, Enon- ja Pyhäselän terveysasemilla.

Yhdyshenkilö: Osastonhoitaja Maili Heiskanen

Joensuu 2.1.2012

osoite: Torikatu 18 A, 80100 Joensuu


.....
Liisa Karikko, ylihoitaja

puh. 050 554 0718

Yksi kappale valmiista tutkimusraportista tulee toimittaa sosiaali- ja terveysvirastoon.

Teemahaastattelurunko sairaanhoitajille

1. Työnkuva toimipisteessänne ja toimipisteenne henkilöstörakenne

- Millaisia palveluita on asiakkaille tarjolla?
- Millaisia palveluita asiakkaat pääsääntöisesti käyttävät?
- Onko henkilöstörakenne mielestänne toimipisteessänne sopiva, vai olisi-ko siinä kehitettävää?
- Sijaisten saatavuus?

2. Asiakkaat

- Mikä on suurin palveluitanne käyttävä asiakasryhmä?
- Paljon toiminta-alueellanne on asiakkaita?
- Toiminta-alueenne erityispiirteet asiakkaittenne hyvinvoinnissa: sairaudet, perinnölliset sairaudet, ikä- ja sukupuolirakenne?

3. Välimatkat ja muut toiminta-alueen erityispiirteet

- Miten asiakkaat tulevat toimipisteellenne?
- Onko toiminta-alueellanne maatieteellisiä rajoitteita kulkemiselle? (vesistöt, joukkoliikenne tms.)
- Miten pitkiä ovat asiakkaittenne matkat kotoaan toimipisteellenne?
- Paljon taksimatkat kustantavat kunnalle vuositasolla?

4. Toimipisteenne kustannuksista vuositasolla

- Toimipisteenne kiinteät kulut? (vuokra, käyttökulut tms.)
- Henkilöstökulut?
- Ostopalvelukustannukset?
- Muut kulut?

5. Toimipisteenne käyttöaste

- Minkälainen on toimipisteenne käyttöaste?
- Minkälainen on toimipisteenne/palvelunne aukioloaika?

6. Toiminnan kehittäminen

- Voisiko toimipisteenne toimintaa kehittää? (kustannustehokkuus, asiakaslähtöisyys, laatu, palvelut)
- Miten toimintaa voisi kehittää?
- Onko resursseja toiminnan kehittämiseksi?

7. Miten kiertävä julkisen terveydenhuollon terveysterveyspalvelubussi, joka tarjoaisi sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanottopalvelut soveltuisi toiminta-alueellenne täydentämään olemassa olevia terveysterveyspalveluita? Voisiko kiertävä terveysterveyspalvelubussi korvata joitain olemassa olevia julkisia terveysterveyspalveluita toiminta-alueellanne?

Opinnäytetyöprosessin aikataulu

Aika	Pvm	Tehtävä
Huhtikuu 2011		Opinnäytetyön idea ja alkukartoitus
Syyskuu 2011	22.9.	Opinnäytetyön ideointia ja aihe suunnitelman kirjoittamista, toimeksiantajan etsimistä Pienryhmätapaaminen ja aiheen esittely
Lokakuu 2011	27.10	Aihesuunnitelman kirjoittamista Tutkimusluvan hakuprosessi – yhteydenotot Pienryhmätapaaminen
Marraskuu 2011	29.11	Aihesuunnitelman kirjoittamista ja korjaamista Tutkimusluvan hakuprosessi etenee — aihesuunnitelman ja sairaanhoitajille suunnattujen kysymysten lähettäminen Toimeksiantajien kartoittamista Pienryhmätapaaminen
Joulukuu 2011	12.12 20.12	Aihesuunnitelman kirjoittamista ja korjaamista Sopivan toimeksiantajan löytäminen Aihesuunnitelma valmis Pienryhmätapaaminen ja aihesuunnitelman hyväksyminen ja esitleminen
Tammikuu 2012	2.1. 25.1	Tutkimusluvan myöntäminen Tutkimussuunnitelman kirjoittamista Yhteydenotot toimeksiantajaehdokkaaseen Yhteydenotot haastateltavien esimiehiin Pienryhmätapaaminen
Helmikuu 2012	2.1. 20.2. 21.2. 27.2 29.2.	Tutkimussuunnitelman kirjoittamista Haastattelukysymysten lähettäminen haastateltaville ja haastatteluajkojen sopiminen Aihesuunnitelman lähettäminen toimeksiantajalle Tapaaminen toimeksiantajan kanssa Pienryhmätapaaminen Toimeksiantosopimuksen allekirjoitus Ensimmäinen haastattelu/ Pyhäselän sairaanhoitaja

Maaliskuu 2012	24.3. 28.3.	Tutkimussuunnitelman kirjoittamista Tutkimussuunnitelma valmis Pienryhmätapaaminen ja tutkimussuunnitelman esitleminen ja hyväksyminen Valmiin tutkimussuunnitelman lähettäminen toimeksiantajalle
Huhtikuu 2012	25.4. 27.4.	Opinnäytetyön kirjoittamista – alustavien tulosten kirjoittamista Pienryhmätapaaminen Enon ja Uimaharjun sairaanhoitajien haastattelut
Syyskuu 2012		Opinnäytetyön kirjoittamista – teoriaosuuden täydentämistä ja korjaamista
Lokakuu 2012		Opinnäytetyön kirjoittamista – teoriaosuuden täydentämistä
Marraskuu 2012	8.11. 21.11.	Opinnäytetyön kirjoittamista – menetelmien täydentämistä ja teoriaperustan lisäämistä Tapaaminen ohjaajan kanssa Kiihtelysvaaran ja Tuupovaaran sairaanhoitajan haastattelu
Joulukuu 2012		Opinnäytetyön kirjoittamista – teoriaperustan korjaaminen ja täydentäminen
Tammikuu 2013		Opinnäytetyön kirjoittamista – teoriaosuuden korjaamista ja täydentämistä, menetelmät, tulokset
Helmikuu 2013	15.1	Opinnäytetyön kirjoittamista – toteutus, tulokset, pohdinta Tapaaminen ohjaajan kanssa
Maaliskuu 2013	26.3	Opinnäytetyön kirjoittamista ja hiomista – liitteet, malli, pohdinta Tapaaminen ohjaajan kanssa
Huhtikuu 2013	25.4	Opinnäytetyön viimeistelyä ja korjaamista, abstrakti ja tiivistelmä, esitys Opinnäytetyön esittäminen seminaarissa

Sairaanhoitajan liikkuvan palveluyksikön pohjapiirustus

